Rok XXVIII. Kraków, 15 Czerwca 1889. Nr. 24.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres. wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

I. Z zakładu patologiczno-anatomicznego prof. Hlavy w Pradze.

Sprawy nowotworowe i wsteczne w części macicznéj łożyska.

Napisali
A. Obrzut w Pradze i J. Defay z Brukseli.

Łożyska tak maciczna jak i płodowa część przedstawiają w różnych okresach rozwoju typowy obraz nowotworzenia fizyjologicznego. Nowotworzenie patologiczne składa się z tych samych składników co i fizyjologiczne, a tylko etyjologia ich jest różną.

Łożysko jako tkanka, która we względnie krótkim przeciągu czasu dochodzi do znacznego stopnia rozwoju, szczególnie nadaje się do podobnych badań.

Wśród badań naszych mniéj zależało nam na śledzeniu poszczególnych okresów rozwojowych łożyska w stosunku do płodu. Głównie uwagę zwróciliśmy na pochodzenie różnych składników już wytworzonego łożyska, na ich przemiany postępowe i wsteczne i to przedewszystkiem w części macicznéj tegoż. Rozporządzaliśmy znaczną ilością łożysk z tutejszego zakładu porodowego, a nadto kilka przypadków pochodzących z sekcyj. Pierwsze służyły nam do badania budowy samego łożyska, w innych szukaliśmy związku, jaki zachodzi między macicą samą a łożyskiem do niéj przylegającem.

Z materyjału, o ile można świeżego, (niebawem po porodzie) wycinaliśmy w powierzchni zewnętrznéj łożyska skrawki prostopadłe do tejże powierzchni, nie grubsze niż 1 do 1½ milimetra, a obejmujące całą grubość łożyska macicznego i mniejszą lub większą część łożyska płodowego. W przypadkach z sekcyj pochodzących skrawki obejmowały nadto wewnętrzne warstwy utkania macicznego. Badaliśmy także macice z łożyskiem u zwierząt z krótkim okresem ciąży, mianowicie u świnek morskich, gdzie rozwój łożyska odbywa się w o wiele krótszym czasie, niż u człowieka. Do stwardnienia preparatów używaliśmy wyłącznie rozczynu Fleminga, bo wkrótce przekonaliśmy się, że preparaty stwardłe w innych płynach, zwłaszcza w alkoholu, nie prowadzą do żadnych rezultatów.

Co do rozwoju łożyska, to nawet w zasadniczych punktach panują dotąd zdania sprzeczne. Histogeneza jego macicznéj części jest w ścisłym związku ze zmianami w tak zwanéj *decidua serotina.* Składa ona się z dwóch warstw, z głębszéj gąbczastéj i z powierzchownéj zbitéj. Ta ostatnia (*Basalplatte Winklera*) pokrywa kosmki łożyska płodowego i od niéj wychodzą wypustki, t. z. *septa placentae.* W części gąbczastéj, przylegającéj bezpośrednio do utkania macicznego, następuje oddzielenie łożyska po porodzie. Co do licznych wolnych przestworów, którym właśnie ta warstwa swe utkanie gąbczaste zawdzięcza, to jedni (Kundrat i Leopold) uważają je za porozszerzane gruczoły maciczne, drudzy (Kölliker i Turner) za rozszerzone naczynia.

Dalsza niezgoda w zapatrywaniach zachodzi co do powstawania zatok krwionośnych, w których ułożone są kosmki łożyska płodowego. Jedni (Kölliker, Langhans) uważają te zatoki za przestwory powstałe wskutek nieprzylegania na pewnych miejscach błony śluzowéj macicznéj do kosmówki, drudzy (Ercolani, Turner, Hertwig) w zatokach tych upatrują tylko ogromnie porozszerzane naczynia włosowate błony śluzowéj macicy.

Powstawanie zatok krwionośnych uważa Hertwig[1]) za klucz do zrozumienia budowy łożyska. Nie mniejsze jednak znaczenie ma, według naszego zdania, kwestyja, dotycząca powstawania t. zw. macicznéj części łożyska, a mia-

[1]) *Lehrbuch der Entwicklungsgeschichte*, 2 Auflage, pag. 204.

nowicie jéj warstwy zbitéj (*substantia compacta*). Opisy histologiczne téj części łożyska w literaturze, która była nam dostępną, są bardzo pobieżne i niedokładne. Kölliker[1]) przedstawia ją jako złożoną z olbrzymich, lub olbrzymich wielojądrowych komórek, wielkich komórek wrzecionowatych, częścią wielojądrowych i komórek mniejszych, które uważa za ciałka białe krwi. Resztę utkania stanowi istota międzykomórkowa, mniéj lub więcéj obfita, w starszych łożyskach miejscami wyraźnie włóknista. O pochodzeniu tych komórek i istoty międzykomórkowéj autor ten nic nie wspomina. Jeszcze pobieżniéj mówi o tym przedmiocie Hertwig[2]), który czyni wzmiankę tylko o komórkach olbrzymich z 10—40 jądrami i nie wdaje się w dalszy opis szczególowy téj warstwy.

Daleko szczegółowiéj zajmuje się tą kwestyją Frommel[3]) w swéj monografii o powstawaniu łożyska u nietoperza. Żałować tylko wypada, że autor ten ograniczył się do tak pierwotnéj metody stwardniania preparatów, jak za pomocą alkoholu i sublimatu. Według tego autora, który obserwował rozwój łożyska we wszystkich okresach, zrost pęcherzyka płodowego z błoną śluzową macicy jest z początku nitkowaty, póżniéj dopiero staje się zbitym, przybłonki błony śluzowéj coraz bardziéj spłaszczają się, aż wreszcie po dokonanym zroście *exodermu* z macicą wszelki ślad ich zanika. Równocześnie z zrostem tworzy się tuż przed zanikającym przybłonkiem błony śluzowéj pokład kilkuwarstwowy komórek podobnych do przybłonków. W téj to warstwie przychodzi wkrótce do bardzo obfitego nowotworzenia naczyń krwionośnych, przez co warstwa ta staje się gąbczastą. Gruczoły maciczne do téj warstwy nie dochodzą. Hertwig rozróżnia dwa układy tych nowowytworzonych naczyń krwionośnych, jeden tak zwany podkosmówkowy i drugi w zewnętrzniejszych warstwach ułożony. W tym to ostatnim przychodzi do nadmiernego bujania przybłonków, czego rezultatem jest osobna warstwa mieszków przybłonkowych unaczynionych, które przez spływanie z sobą tworzą rozległe zatoki po zewnętrznéj stronie warstwy bł. doczesnej. Przez te zatoki przebiegają mostki przybłonkowe od warstwy wewnętrznéj przybłonkowéj do zewnętrznéj, liczba ich z czasem wzmaga się tak, że z zatok rozległych powstaje utkanie gębczaste pomiędzy zewnętrznym a wewnętrznym pokładem komórek przybłonkowych.

Hertwig wyraźnie wspomina o zanikaniu przybłonków błony śluzowéj w macicy, w miarę zrastania blaszki zewnętrznéj z tą ostatnią, o wydaleniu na zewnątrz wybujałych gruczołów, tak, że obie warstwy „przybłonkowe“ wraz z utkaniem gębczastem między niemi (dawniejsze zatoki) stanowią tkankę zupełnie nową, wytworzoną na miejscu dawnéj błony śluzowéj. I to szczegółowe badanie Hertwiga nie rozjaśnia w niczem histogenezy części maciczuéj łożyska. Trudno na podstawie badań tego autora rozstrzygnąć, czy jest ona wytworem warstwy przybłonkowéj błony śluzowéj, czy bujanie śródbłonków naczyń krwionośnych, czy też stałych komórek błony śluzowej między-gruczołowych, czy wreszcie bujanie samych gruczołów dało jéj początek. Z tych możności tylko ostatnia da się z jakiem takiem uprawnieniem wykluczyć, ale pierwsze pozostają i nadal pytaniami bez odpowiedzi.

Dokładne poznanie histogenezy części maciczuéj łożyska jest nie tylko ważnem ze względu na powstawanie całego łożyska, ale może ona rzucić nie mało światła i na przyrodę nowotworzenia patologicznego, zwłaszcza zapalnego, dla tego to łożysko i ze stanowiska patologiczno histologicznego przedstawiało dla nas bardzo stosowny materyjał do badań tego rodzaju.

To nowotworzenie fizyjologiczne, które w zasadzie nie jest róznem od patologicznego, mieliśmy przedewszystkiem na uwadze, dla tego mniéj nam zależało na przedstawieniu chronologicznem wszystkich zmian, jak po sobie następują, niż na dokładnem zbadaniu obrazów histologicznych, obfitych w szczegóły mało, lub wcale dotąd nieznane.

Przedstawimy teraz rezultat naszych badań histologicznych łożyska ludzkiego i świnek morskich. Wnioski już to z samych obrazów histologicznych same przez się wynikać będą, już to zreasumujemy je przy końcu naszéj pracy.

A. Łożysko ludzkie.

Przedewszystkiem zwrócimy uwagę na część maciczną, ową zewnętrzną warstwę, która pokrywa kosmki łożyska płodowego. Grubość téj warstwy najbardziéj nas tutaj obchodzącéj jest i w zupełnie prawidłowych łożyskach bardzo różną, w przecięciu wynosi ona 0·5—1·0 milimetrów, często jednak dochodzi miejscami i do kilku milimetrów. Tym różnicom w grubości odpowiadają różnice histologiczne, ale i w warstwach jednakiéj grubości różnice histologiczne nie tylko w rożnych, ale i w tem samem łożysku są nieraz liczne.

Ta część łożyska składa się głównie z naczyń krwionośnych, komórek różnéj wielkości i istoty międzykomórkowéj różnie szerokiéj. Zacznijmy od naczyń krwionośnych. Co do tych musimy uwzględnić treść, osobne ściany, jeżeli takowe się znajdują i ich najbliższe otoczenie. Bardzo znaczna część naczyń krwionośnych nie ma wcale ścian, są to raczéj zatoki ograniczone komórkami wielkiemi, ściany innych natomiast są uderzająco grube. Treść naczyń krwionośnych, mianowicie morfotyczne składniki krwi, przedstawiają szereg zmian pierwszorzędnego znaczenia pod względem histogenetycznym dla całéj téj części łożyska. Dla tego nieco obszerniéj musimy się nad niemi zastanowić. Pewna część tych zmian należy do objawów pośmiertnych, inne jednak bez wątpienia powstały za życia. Tylko w większych naczyniach krew nie przedstawia żadnych zmian. Rozmiary, barwa i kontury ciałek czerwonych są prawidłowe. Inaczéj rzecz się ma w naczyniach mniejszych lub w częściach krwi przybrzeżnych w naczyniach większych. Przedewseystkiem zasługuje na uwagę zachowanie się istoty barwiącéj ciałka czerwone (hemoglobiny). Otóż barwik ten gromadzi się na samym obwodzie ciałek czerwonych i w przestworach trójkątnych między ciałkami. Powstaje tym sposobem siatka barwikowa, któréj oczkami są zupełnie odbarwione ciałka czerwone. Pewna jednakże część ciałek zachowała swój barwik i tworzy jakby zgrubienia owéj siatki barwikowéj. Przy samym zaś brzegu naczynia lub zatok krwionośnych ciałka czerwone nieodbarwione spłynęły w jednę masę jednolitą, z mniéj lub więcéj licznemi jamkami, które nie są niczem innem, jak tylko ciałkami krwi odbarwionemi. Przez spływanie takich ciałek odbarwionych i przez zaniknięcie ich konturów, a może i przez ściągnięcie owéj istoty jednolitéj powstają większe jamki. Ta siatka barwikowa ma włókna jużto jednolite, jużto delikatnie ziarniste. Barwa włókien jest albo tą samą co i prawidłowy barwik ciałek czerwonych

[1]) *Entwicklungsgeschichte des Menschen*, 1879, pag. 338.— [2]) l. c., pag. 203. — [3]) *Ueber die Entwicklung der placenta von Mystus Murinus*, Wiessbaden 1888.

albo jest ona jeszcze więcéj żółto-cisawa, aż do ciemno-cisawéj dochodząca. Często wreszcie siatka ta barwi się bardzo żywo safraniną lub gencyjaną, oddziaływa na barwy jak włóknik.

Wszystko to są zmiany, które moglibyśmy uważać za pośmiertne, gdyby nie obrazy więcéj powikłane, które są tylko dalszym okresem tamtych i powstały za życia. W naczyniach o wybitnych ścianach znajdujemy bezpośrednie przejście owéj istoty przybrzeżnéj jednolitéj w samą ścianę. Ściany tych naczyń mają w ogóle budowę jednolitą z rozprószonemi jądrami, zupełnie podobnemi do ciałek białych i z drobnemi podłużnemi szczelinami. Ilość tych ciałek tak w téj istocie przybrzeżnéj jak i w ścianie naczynia jest bardzo nieznaczna, tylko niektóre z nich przybrały postacie większe, często wydłużone, wrzecionowate. Jak wspomnieliśmy, warstwa przybrzeżna przechodzi bez żadnéj granicy w ścianę naczynia. Barwa ciałek czerwonych téj warstwy nieznacznie blednie, aż wreszcie znika stopniowo w dalszych częściach ściany. Ciałka białe krwi już to nie przedstawiają żadnych zmian, już to, co zwłaszcza przy brzegach naczyń ma miejsce, okazują jądra o wiele większe, z znaczną ilością chromatyny, tworzącéj siatkę lub kłębki, opisane jeszcze przez Arnolda, a świadczące o czynności proliferacyjnéj tych jąder. Leżą one już to w punktach węzłowych owéj siatki hemoglobinowéj, już to w jéj oczkach. Pierwoszcze ich, jeżeli w ogóle jest widoczne, nie stoi w żadnym związku histogenetycznym z siatką hemoglobinową. W tych miejscach, gdzie ta ostatnia okazuje oddziaływanie włóknika, gromadzą się leukocyty w największéj ilości i tu najliczniejsze są jądra z objawami pośredniéj fragmentacyi (*indirecte Fragmentirung* Arnold). Często daléj spotykamy w naczyniach zbite, rozgałęziające się masy włóknika, bardzo żywo się barwiącego z nieregularnemi jamkami próżnemi, lub zawierającemi obrzmiałe i obfitujące w chromatynę leukocyty. Te masy włóknikowe często nie są w żadnym związku z ścianami naczynia. W innych razach i to nieraz w innéj części tego samego naczynia te masy zbite lub ziarniste okazują barwę ciemno-cisawą, a tylko miejscami barwią się gencyjaną lub safraniną, czyli częściowo tylko okazują oddziaływanie włóknika.

Ale tem jeszcze szereg zmian treści naczyń nie jest wyczerpany. Często bowiem treść ta w całéj swéj masie stała się jednolitą; a gdzieniegdzie tylko dają się w niéj wykazać kontury ciałek czerwonych, lub rozpadła się w istotę drobnoziarnistą, bezbarwną, która podobnie jak jednolita, może graniczyć z prawidłowo zabarwionemi ciałkami czerwonemi. Wszystkie te zmiany mogą mieć miejsce w jednem i tem samem naczyniu, a ztąd obrazy, jakie treść naczyń okazuje, są nadzwyczaj różne.

To są w zarysie objawy, jakie spostrzegamy na naczyniach krwionośnych, mających ściany. Ze zmian ciałek czerwonych przybrzeżnych wyżéj opisanych z koniecznością przypuścić musimy, że mamy tu do czynienia z dążnością obliteracyjną naczyń. Często też spotykamy, zwłaszcza w tych razach, gdzie część maciczna łożyska jest nieco grubszą, naczynia o ogromnie grubych ścianach a małem świetle, lub naczynia zupełnie zamknięte za pomocą istoty jednolitéj lub bardzo delikatnie współśrodkowo włóknikowatéj. Istota ta okazuje podłużne szczelinki jako ślad dawnych jamek przybrzeżnych i nieliczne jądra leukocytowe. Ale istnieje jeszcze inny sposób zamykania się naczyń, który moglibyśmy nazwać zamykaniem się siatkowatem, które powstaje tym sposobem, że w istocie jednolitéj, powstałéj przez jednostajną zmianę ciałek czerwonych, przyszło do wytworzenia się bardzo licznych jamek, które nadały téj istocie wejrzenie siatkowate o grubych włóknach. Zmiana ta przypomina w pewnych okresach t. z. kanalizowany włóknik, siatka ta jednak nie jest włóknikiem, bo nie okazuje oddziaływania właściwego włóknikowi, a posiada wszelkie cechy tkanki uorganizowanéj. W jéj punktach węzłowych lub oczkach rozmieszczone są nieliczne jądra identyczne z leukocytami.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. O niektórych dotąd nie uwzględnionych szczegółach klinicznych i anatomicznych w przebiegu wrzodu okrągłego i tak zwanego nieżytu kwaśnego żołądka.

Podali

proff. Korczyński i Jaworski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 23).

Przypadek III. Wrzód okrągły z nadmiernem wydzielaniem soku żołądkowego, rozstrzeń znacznego stopnia. Obniżenie zupełne zwiększonego wydzielania soku żołądkowego, zniknięcie objawów rozstrzeni żołądka. Wyleczenie.

Pięćdziesięcioletni obywatel z Galicyi E. W. doznał przed pół rokiem nagle bólów w żołądku i w tym czasie zauważył kilkakrotnie wymioty barwy atramentowéj. Chory badany przez nas d. 14 lutego 1886 wykazuje ciężar ciała 62 klg., uskarża się na pragnienie i zwiększone łaknienie, palenie w żołądku i zaparcie stolca. Odżywienie mierne, w dołku podsercowym większy opór i stłumienie i mierna tkliwość dotykowa. Każdego czasu można wywołać w żołądku chlupanie na 2 palce poniżéj pępka. Wątroba niemacalna. Na czczo wyciągnięta ciecz w ilości poł litra przedstawia masę szarą, zawierającą niedotrawione kawałki mięsa, o kwasocie 45 i silnem oddziaływaniu na HCl. Przez 8 dni płókano żołądek późnym wieczorem 2% rozczynem dwuwęglanu sody. Dnia 9-go zdołano wyciągnąć ze żołądka czczego 80 cm^3 cieczy mętnawéj żółtawéj o kw. 50, silnem oddziaływaniu na HCl, wobec braku kw. mlekowego. Pod mikroskopem resztek pokarmów nie ma, tylko bardzo liczne jądra ciałek wypocinowych i przybłonek wałeczkowy. W tym stanie chory odjechał do domu. Lecz już po miesiącu zgłosił się (24 marca) z powodu przypadłości gastrycznych i osłabienia. Badanie żołądka czczego wykazało $2^1/_2$ litra gąszczu fusowatego o kw. 68 i silnem oddziaływaniu na HCl. Po zastosowaniu leczenia przeciw krwotokowi miał się chory podmiotowo zupełnie dobrze, tak, że po czterech tygodniach mógł odjechać do domu. Po upływie czterech miesięcy znów się przedstawił, a badanie z d. 12 sierpnia 1886 wykazało w żołądku czczym około 1-go litra gąszczu barwy szarawéj, zawierającego mięso, o kw. 12, z oddziaływaniem na kw. mlekowy, a brakiem HCl. Przypuszczając wytwarzające się zaciśnięcie bliznowate odźwiernika, przedstawiono rodzinie ewentualność zabiegu operacyjnego. Chory udał się tymczasem do Karlsbadu, zkąd powrócił, czując się podmiotowo zupełnie dobrze, przedstawiając ciężar ciała 72 klg., wejrzenie czerstwe; objawy jednak fizyczne rozstrzeni stale się utrzymywały w téj saméj mierze. Przez rok 1887 używał pacyjent wytrwale dyjety suchéj, pił wody alkaliczne w miernych ilościach i odbył znów leczenie w sezonie kąpielowym w Karlsbadzie, poczem stan jego podmiotowo i przedmiotowo widocznie się poprawił. Rok 1888 zeszedł przy stósowaniu téj saméj terapii i na pobycie w Karlsbadzie. W tymże czasie (w sierpniu 1888 r.) pacyjent badany przez nas podaje, że nie czuje żadnych przypadłości żołądkowych, stolec dawniéj zaparty, bywa codziennie. Wejrzenie pacyjenta bardzo dobre, ciężar ciała $77^1/_2$ klg. Chlupania w żołądku ani na czczo, ani wśród dnia wykazać nie można, wypukiem również obniżenia dolnéj granicy żołądka wybadać nie można. Za pomocą aspiracyi rano na czczo niczego ze żołądka wyciągnąć nie można, po wlaniu zaś 100 aq. d. wyciągnięto 50 cm^3 cieczy mętnawéi śluzowéj bez resztek pokarmów o kw. zaledwie 0·5. W cieczy przepłóczkowéj również żadnych resztek pokarmów wykazać

nie można. W cztery godziny po obiedzie próbnym Leubego wyciągnięto gąszcz o kw. 70, bardzo silnem oddziaływaniu na kw. mlekowy, a nieznacznem tylko na HCl, gdyż tylko papierki kongowe zabarwiają się wyraźnie na niebiesko, zaś papierki tropeolinowe i próba fluoroglucynowo-wanilinowa dają wyniki wątpliwe. — Pacyjent przedstawił się znów w grudniu 1888 r. ważąc 80 kilogr., fizycznych objawów rozstrzeni nie ma, podmiotowo czuje się chory zupełnie dobrze. Ostatni raz badany w kwietniu 1889 r. w pół godziny po wypiciu szklanki kawy i szklanki wody, wykazuje w żołądku nieznaczne pluskanie, sięgające tylko do połowy odstępu między wyrostkiem mieczykowatym a pępkiem; tkliwości dotykowéj, a nawet stłumienia odgłosu w dołku podsercowym nie ma, stolec prawidłowy, objawów podmiotowych gastrycznych nie ma wcale, wejrzenie bardzo dobre, ciężar ciała $80^1/_2$ klg.

Z tego pouczającego przypadku okazuje się, że nadmierne wydzielanie soku żołądkowego, towarzyszące wrzodowi okrągłemu, zmniejszyć się i ustąpić może, przez co także przypadłości żołądkowe znikają. Może nawet nastąpić niedomoga wydzielnicza, lub zupełna utrata siły wydzielniczéj, jak to pierwszy dostrzegł Jaworski[8]), a obecnie Boas, Klemperer[9]) i inni przyjmują. Sądzimy, że tego rodzaju pomyślne zakończenie wrzodu nie jest wyjątkowe, lecz zdarza się we wielu przypadkach. Dalsze obserwacyje w tym kierunku byłyby w celach klinicznych bardzo pożądane. Zdaje się, że tego rodzaju przypadki wrzodu okrągłego w okresie obniżenia się nadmiernego wydzielania kw. solnego badali właśnie Ritter i Hirsch[10]) i stąd przyszli do wniosku, że wrzód może się rozwijać nawet wobec obniżonéj siły wydzielniczéj błony śluzowéj żołądka. Z tego przypadku okazuje się jeszcze, że nawet znaczne objawy rozstrzeni żołądka w przebiegu nieżytu, zwanego przez nas kwaśnym, mogą zupełnie ustąpić. A to należy chyba tem tłumaczyć, że silnie nacieczona błona śluzowa części odźwiernikowéj, jak to poniżéj opisane mikroskopowe badania okazują, zacieśnia światło odźwiernika, które po zmniejszeniu sprawy nieżytowéj staje się znów szersze. Klemperer[11]) bowiem przedstawił przypadek sekcyją stwierdzony, w którym znaczna rozstrzeń, wywołana zaciśnięciem odźwiernika, po przywróceniu drożności tegoż według metody Heineckego-Mikulicza po upływie pół roku zupełnie ustąpiła.

II.

Jakiego rodzaju sprawa anatomiczna toczy się w żołądku w przypadkach wrzodu okrągłego, któremu towarzyszy trwałe, nadmierne wydzielanie soku żołądkowego, dotąd dokładnie nie wiemy. Będziemy się też starać ją wyjaśnić tak na podstawie uskutecznionych dotąd badań anatomicznych, jako też naszych własnych, w których badanie kliniczne za życia, a anatomiczne przy sposobności zabiegu operacyjnego lub zejścia śmiertelnego wykonanem zostało.

Przepatrując dzieła traktujące o anatomii patologicznéj wrzodu okrągłego, znajdujemy, że jedne z nich kwestyję stanu błony śluzowéj żołądka przemilczają, inne znów opisują ją jako znajdującą się w stanie „nieżytu.“ Do tych ostatnich należy doświadczony Rokitansky[12]), wyrażający się na str. 169: „*Es (das Magengeschwür) ist immer von Hypertrophie der Magenschleimhaut und Blenorrhöe begleitet.*“ Orth zaś na str. 744 powiada[13]): „Zachowanie się błony śluzowéj otaczającéj wrzód nie jest jednostajne; częstokroć napotyka się tu zmiany przewlocznego nieżytu.“ Lebert[28]) str. 258 jest zdania, „że nieżyt żołądka rozwija się dopiero w późniejszych okresach wrzodu. Nieżyt ten ma skłonność do zgrubienia błony śluzowéj, przy czem cierpi budowa i czynność gruczołów, a tem samem czynność wydzielnicza błony śluzowéj. To zgrubienie i ten przerost ze skłonnością do rozwoju tkanki łącznéj rozszerza się często i na głębsze warstwy żołądka.“ — Klinicyści prawie wszyscy przypuszczają, że w przebiegu wrzodu okrągłego istnieje nieżyt błony śluzowéj, od którego znaczna część przypadłości towarzysząca wrzodowi zależy, a które należy następowo leczyć. Niektórzy z klinicystów przypuszczają istnienie nieżytu tylko warunkowo. I tak Leube[14]) na str. 98 wyraża się: „Dyspepsia czyli „utrudnione trawienie“, objawiające się brakiem lub spaczeniem łaknienia, wzmożeniem pragnienia, nieprzyjemnym smakiem w ustach, ciśnieniem w dołku podsercowym, odbijaniem gazów i kwaśnych cieczy — nadzwyczaj często, ale nie stale towarzyszy wrzodowi żołądka.“ A na innem miejscu czytamy: „Natomiast przyłącza się w następstwie zwykle do wrzodu przewlekły nieżyt.“ Feliks Niemeyer[15]) na str. 578 powiada: Objawy przewlekłego nieżytu żołądka, który obok wrzodu istnieje, towarzyszą wprawdzie zwykle wyżéj opisanym charakterystycznym zboczeniom, lecz są one według różnego natężenia i rozmiaru nieżytu albo bardzo wybitne, albo tylko nieznaczne.*)

Tak więc według zdania wielu anatomów i klinicystów istnieje obok wrzodu żołądka równocześnie i nieżyt przewłoczny błony śluzowéj. Niestety brakuje nam bliższego określenia, jakiego on jest rodzaju, a właściwie, w którym okresie się znajduje. Anatomowie bowiem dotąd mikroskopowo jeszcze żadnych różnic w tym kierunku nie czynią. Nieżyt błony śluzowéj żołądka, przynajmniéj u nas, jest bardzo częstym objawem; gdyż np. na 820 sekcyj z r. 1886 ze zakładu patologicznego prof. Browicza w Krakowie, znaleźliśmy aż 541 przypadków, w których co do żołądka brzmiało rozpoznanie anatomiczne „*catarrhus ventriculi chronicus*“. Trudno zaś przypuścić, aby między tyloma przypadkami co do sprawy anatomicznéj żadnéj różnicy nie było. Szczegółowo co do wrzodów, zauważyliśmy już dawniéj przy sekcyjach, że napotyka się przerost błony śluzowéj, objawiający się wejrzeniem powierzchni brodawkowatem (*état mamelonné*).

Co do zmian mikroskopowych błony śluzowéj żołądka w przebiegu wrzodu żołądka, przytaczamy najprzód dotąd dokładniéj badane przypadki innych autorów, a potem nasze:

A. Sachs[16]) (str. 127) badał żołądek 80-letniego mężczyzny, który umarł wobec miernéj gorączki na lewostronne zapalenie opłucnéj. Żołądek okazał się przy sekcyi prawidłowéj wielkości. Błona śluzowa jego cienka, a na dnie wrzód okrągły. Mikroskopowe badanie wykazało: 1) Różnica między komórkami głównemi a okółkowemi utrzymana. 2) Tkanka międzygruczołowa ilościowo zwiększona przez znaczne nacieczenia drobnokomórkowe. Ogromna ilość ciałek wypocinowych wypełniających tkankę łączną, gruczoły i przybłonek powierzchowny. Wobec braku badania klinicznego, wieku podeszłego i towarzyszącéj za życia gorączki wielkiego znaczenia dla rozstrzygnięcia toczącéj się tu kwestyi temu przypadkowi przypisać nie możemy.

Ważniejszem dla nas jest badanie mikroskopowe, wykonane przez R. Krukenberga[17]) w przypadku wrzodu

---

* Dziwną jest rzeczą, że najnowsze dzieła kliniczne Eichhorsta i Strümplla pomijają zupełnie kwestyję zachowania się błony śluzowéj w przebiegu wrzodu okrągłego, a zapuszczają się w bezowocne spekulacyje teoretyczne powstawania wrzodu żołądka.

usadowionego w krzywiźnie malej żołądka, którego błona śluzowa przedstawiała *état mamelonné*. Dotyczy ono 55-letniéj kobiety, wykazującéj nadmierne wydzielanie soku żołądkowego. W opisie badania mikroskopowego czytamy na str. 64: Gruczoły błony śluzowéj mocno rozgałęzione przedstawiają po części rozszerzenia torbielowate (*cystisch entartet*). Torbiele są wyścielone przybłonkiem wałeczkowym i wypełnione jądrami komórek zniszczonych, tkanka międzygruczołowa komórkami okrągłemi, tworzącemi całe pasma silnie nacieczona. Przybłonek gruczołowy jest częściowo wałeczkowy, częściowo sześcienny (*cubisch geformt*). Błona podśluzowa silnie unaczyniona przedstawia rozszerzone naczynia żylne.

Ewald[18]) nie wyraża się wcale o zachowaniu się błony śluzowéj pod względem anatomicznym w przebiegu wrzodu, a opisuje na str. 209 tylko zachowanie się jéj na brzegach wrzodu, wyrażając się o gruczołach: „Zamiast komórek trawieńcowych znajduje się sześcienny i wałeczkowy przybłonek. Jest on pokurczony tak, że się oddala od *membrana propria*, jako też pojedynczych komórek między sobą, jąder takowych nawet przy pomocy zabarwienia odróżnić nie można, zawartość komórek rozpadła, wejrzenie jasno-szkliste, które jeszcze najwięcéj przypomina zwyrodnienie hyalinowe. Pojedyncze przewody torbielowato zwyrodniałe Błona podśluzowa znacznie grubsza zawiera obfity drobnokomórkowy naciek i silnie rozwiniętą siatkę naczyniową.“ Co do stanu anatomicznego reszty błony śluzowéj znajdujemy na innem miejscu (str. 210) tylko następujące przypuszczenie: „Że wskutek wrzodu otaczające części błony śluzowéj bywają podrażnione, jest zwykłem następstwem.“ Przy opisie zaś szczegółowego przypadku wrzodu (str. 194), nadmienia autor tylko ogólnikowo: „Mikroskop wykazuje stan nieżytowy w dnie i odzwierniku z obfitym naciekiem drobnokomórkowym i zmętniałemi komórkami gruczołowemi.“

Z powyżéj przytoczonych opisów poszczególnych autorów wynika, że w przebiegu wrzodu okrągłego błona śluzowa okazywała się mikroskopowo zmienioną. My z naszéj strony mieliśmy sposobność zbadania mikroskopowego błony śluzowéj żołądka w przebiegu wrzodu, wyciętéj w trzech przypadkach przy zabiegach operacyjnych za życia, a w jednym po zejściu śmiertelnem wskutek krwotoku. We wszystkich przypadkach była przeprowadzona obserwacyja kliniczna i badanie wewnętrzne żołądka. Preparaty mikroskopowe przyrządzono po stwardnieniu ich po części w kw. chromowym, po części we wyskoku, w zakładzie anatomicznym prof. Browicza przy uprzejmym współudziale tegoż i Dra Hempla. Barwienie pojedynczych skrawków odbywało się stale w rozczynie eozyno-hematoksylinowym:

1) Powyżéj opisany przypadek wrzodu okrągłego T. Ł. (zakończony śmiercią) przedstawiał pod drobnowidem obraz, złożony z kilkunastu skrawków z różnych miejsc następującego rodzaju: Przybłonka powierzchownego wszędzie brak. Natomiast we wielu miejscach części odźwiernikowéj tworzy wierzchnią warstwę naciek drobnokomórkowy o różnéj grubości. Naciek taki znajduje się we wszystkich częściach żołądka i sięga przez tkankę międzygruczołową aż do błony podśluzowéj. Wskutek czego tkanka międzygruczołowa, zwłaszcza w części odźwiernikowéj, jest znacznie zgrubiała. Cewki gruczołowe (*Drüsenschläuche*) wydłużone, niektóre z nich w dolnéj części rozszerzone. Wypełnienie gruczołów treścią jest rozmaite. Gruczoły dna przedstawiają miejscami próżne przestwory, w których znajduje się tylko po kilka, bardzo dobrze (ciemno) ubarwionych i wyraźnych trój-czterobocznych eliptycznych komórek okółkowych (*Belegzellen*), zawierających jedno, dwa, lub trzy silnie zabarwione odgraniczone jądra, jak je opisuje Sachs[16]) (l. c.) dla prawidłowego żołądka. W innych częściach dna i w części wpustu zawierają gruczoły oprócz takich samych komórek okółkowych masę ziarnistą, blado ubarwioną, wśród któréj nielicznie zachowane jądra okrągłe wskazują, że pochodzą z rozpadu komórek głównych (*Hauptzellen*), których prawie wszędzie brak. We wielu miejscach całe pole widzenia zasiane tak jednostajnie rozpadłą masą z komórek głównych i naciekiem drobnokomórkowym, że kontury gruczołów są zupełnie zatarte. Wśród téj masy rozpadowéj znajdują się wszędzie licznie rozsiane, dobrze utrzymane komórki okółkowe o powyżéj opisanéj prawidłowéj postaci. Gruczoły zaś części odźwiernikowéj zawierają naciek drobnokomórkowy, a zamiast komórek głównych masę rozpadową ziarnistą. Warstwa podśluzowa przedstawia tkankę łączną, która najmniéj jest przy wpuście, a najsilniéj w części odźwiernikowéj naciekiem drobnokomórkowym wypełnioną. Badanie mikroskopowe wykazuje przeto naciek drobnokomórkowy międzygruczołowy, sięgający aż w błonę podśluzową, organizujący się w tkankę granulacyjną, rozpad komórek głównych wobec utrzymanych komórek okółkowych. (C. d. n.)

III. Oceny i sprawozdania.

Farmakologija.

Elżbieta Bradley: O jodyzmie.

Rozebrawszy prace 340-tu autorów o tym przedmiocie podaje autorka następujące wyniki: 1. Jod zostaje pochłoniętym przez skórę, błony śluzowe i surowicze, zostaje przeniesionym drogą krążenia krwi, a wydzielanym przez gruczoły. 2. Rozmaite przetwory jodu nie przenikają jako takie błony nienaruszonéj, lecz pierwéj nastąpić musi ich przemiana, z powodu któréj jod się uwalnia. 3. W pewnych chorobach, szczególnie serca i nerek, gdzie istnieje chorobliwa nerwowa drażliwość, wywołuje jod działanie trujące, prawdopodobnie wskutek wzmożenia się czynności fizyjologicznych. 4. Objawy zatrucia występują jako zmiana czynności ustroju, szczególnie w miejscach mniejszéj odporności; występują one albo dopiero po dłuższem używaniu, albo już podczas leczenia i to nagle, albo powoli. 5. Do najczęstszych objawów należy nadmierne przyspieszenie tętna, które przytem jest słabem, a w cięższych przypadkach prawie znikającem. 6. Ciepłota ciała jednak bywa prawidłową, lub nawet niższą. 7. To przeciwne zachowanie się tętna i ciepłoty zdaje się, że jest następstwem zadziałania na środki nerwowe. 8. Zboczenia w krążeniu występują jako puchlina, która w lżejszych przypadkach ogranicza się do powiek, w cięższych zaś zatruciach zajmuje całe ciało, nawet głośnię, płuca i mózg. 9. Krew i wytwarzanie się krwi jest zmienione. 10. Następstwem zboczeń w krążeniu są zmiany jakościowe i ilościowe moczu, białkomocz, zapalenie nerek i moczenie krwawe; poprzedza zmniejszenie się ilości moczu, albo bezmocz. 11. Zboczenia nerwowe przyłączają się do objawów niedokrewności lub przekrwienia mózgowego, występują jako drgawki mocznicowe, koma, hypochondryja lub ogólny niedowład. 12. Jako następstwo zboczeń w krążeniu występują w płucach: zapalenie oskrzeli, obrzęk, krwotoki, duszność, nieregularne oddechanie, bezdech. 13. Jako objawy zadziałania na układ nerwowy występuje brak łaknienia, nudności, wymioty, dolegliwości żołądkowe i jelitowe, biegunka lub zatwardzenie. 14. Odżywienie skóry jest zmienione; po skurczu naczyń włosowatych następuje bierne ich rozszerzenie; występować mogą najrozmaitsze postacie wysypki: rumień, pokrzywka, guzki, pęcherze, wybroczyny. (*Viertelj. f. Derm. u. Syph.* 1888, zeszyt 3). *Dr. Baschkopf.*

Dr. Garnier na podstawie 17 doświadczeń nad działaniem sulfonalu na umysłowo chorych, wychwala działanie nasenne tego środka, które występowało nawet i wtedy, gdy wszystkie inne leki nasenne zawiodły. Sen wywołany sulfonalem jest zupełnie prawidłowym. Jedyną wadą jego jest to, że u niektórych chorych wywoływał on zaburzenia w trawieniu. Również wychwala ten lek Pachoud i Claret (8 doświadczeń na umysłowo chorych), którzy nie spostrzegali wcale szkodliwych działań ubocznych. Dawka 2—3 grm. 1—2 razy dziennie. (*Annales med. psychol.* 1889, Nr. 2). *A. W.*

Patologija.

Englisch (Wiedeń): **O podwójnéj cewce moczowéj i o wrodzonéj przetoce prącia.**

E. rozróżnia trzy rodzaje „zdwojonéj cewki:“ 1) Istnieją rzeczywiście dwie cewki moczowe, z których każda osobno uchodzi do pęcherza moczowego, co zdarza się tylko u potworów zdwojonych, opatrzonych dwoma prąciami. 2) Na górnéj powierzchni członka znajduje się obok właściwéj cewki drugi przewód kończący się ślepo przy spojeniu kości łonowych. W przypadku E. istniało bez poprzedzającéj rzeżączki gwałtowne zadrażnienie przewodu, nie łączącego się z cewką, od czasu do czasu odnawiające się, które autor tłómaczy rozkładaniem się zatrzymanéj wydzieliny i leczył wstrzykiwaniami wody ołowiowéj i kwasu borowego. Nieprawidłowość tę uważa Luschka za przewód nieprawidłowo usadowionego płatu gruczołu krokowego, Klebs zaś uważa ją za spodziectwo (*Hypospadiasis*), częściowo zagojone wskutek zlepienia się brzegów, podczas gdy E. uważa nazwę „wrodzona przetoka prącia“ za najodpowiedniejszą. Autor wskazuje praktyczne znaczenie tego zniekształtnienia, częste występowanie rzeżączki i trudność leczenia takich przypadków. 3) Tu należą fałszywie jako podwójna cewka oznaczane przypadki, które tłómaczymy sobie nadmiernem rozszerzeniem zatok Morgagniego; są to przewody równolegle do cewki przebiegające i od niéj tylko cieńką warstwą oddzielone, które mogą się łączyć z hypospadyją lub nie, a mają one znaczenie tylko przy niedbałem lub niezręcznem wprowadzaniu cewnika. (*Wien. med. Presse*). *Dr. Baschkopf.*

Doc. pryw. Pawłow i Smirnow. **Odradzanie się trzustki u królika. (Doniesienie tymczasowe).**

Już przed 12 laty zauważył jeden z autorów bardzo szybkie odradzanie się trzustki. Obecnie zaś przerobili autorowie następujące doświadczenia: dwom królikom podwiązali przewód trzustkowy i zabili jednego po 30 dniach, a drugiego po 67 dniach po operacyi. U pierwszego uległa trzustka całkowitemu zwyrodnieniu włóknistemu, u drugiego zaś sekcyja wykazała istnienie nowego przewodu trzustkowego, otwierającego się do jelita i leżącego zupełnie oddzielnie od podwiązki. Spostrzeżenie to wskazywało oczywiście na odrodzenie się przewodu. Trzustka wreszcie rozwiniętą była zupełnie prawidłowo, co potwierdziło badanie nie tylko makro- lecz i mikroskopowe. (*Wracz*, Nr. 12, 1889). *A. W.*

Terapija.

Dr. Semeleder: (Meksyk): **O elektrolyzie.**

Polemika, jaką S. był zmuszony prowadzić w akademii meksykańskiéj w sprawie elektrolizy, stała się przyczyną, że autor spisał wszystko to, co mu o działaniu leczniczem wiadomo, w niżéj podanym zeszycie. Elektroliza ma na tkanki, ciecze w nich krążące tak samo działać, jak działa na wodę, rozkładając ją na pojedyńcze jéj części składowe. W ustroju ludzkim mają się z złożonych części składowych prawidłowych i chorobowych tworzyć nowe połączenia, ulegające łatwiéj wessaniu, rozkładowi, wydaleniu lub korzystniejszym przemianom wstecznym. Autor przechodzi pojedyńcze części ustroju, w których elekrolizę można skutecznie stosować:

1. Skóra: jako *epilatorium* wobec nadmiernego porostu włosów, przeciw brodawkom, przybłoniakowi, liszajowi, trądzikowi (*acne rosacea*), przewlekłym zimnym ropniom, jako miejscowo znieczulający środek.

2. Nerwy — przeciw nerwo-bólom (tu wspomina autor o kataforezie Adamkiewicza).

3. Narząd oddechowy — w przypadkach polipu nosa, wola, duszenia się, wysięków opłucnowych.

4. Przewód pokarmowy — przeciw wrzodom języka, dla zniszczenia miazgi zębowéj przed plombowaniem, w przypadkach żabki podjęzykowéj, zwężenia połyku, przepuklin, wodunki, puchliny brzucha, guzów krwawnicowych.

5. Narząd moczo-płciowy — w przypadkach zwężenia cewki moczowéj, puchliny jąder, niezdolności płciowéj, wymiotów ciężarnych, w celu sprowadzenia przedwczesnego porodu, w braku miesiączki, w bolesnéj miesiączce, niedostatecznem zwijaniu się macicy, przeciw nerwobólom w miednicy małéj, włókniakom, torbielom i torbielakom, wysiękom zapalnym okołomacicznym.

Nadto w przypadkach tętniaków i żylaków, przeciw nadmiernie bujającym bliznom kostnym. Do każdego przypadku dodał autor literaturę i sposób zastosowania prądu elektrycznego. (*Wiener Klinik* 1888, Nr. 10). *Dr. Kraus.*

Choroby wewnętrzne.

Prof. Eulenburg (Berlin): **O objawach i leczeniu choroby Basedowa.**

Autor zwraca uwagę na dwa objawy ze strony oka, którym mało się zresztą poświęca uwagi w klinikach, a o których niektóre nawet dobre podręczniki (oprócz objawu Graefego) nie wspominają. Są to objawy Stellwaga i Moebiusa; pierwszy polega na tem, że chorym, dotkniętym chorobą Basedowa, brak siły samowolnego podnoszenia lub opuszczenia powiek, co utrudnia jeszcze suchość gałki ocznéj, drugi na tem, że zdolność zbiegania się osi ocznych (*Convergenzbewegungen*) jest osłabiona. Obydwa te objawy nie zdarzają się wprawdzie w każdym przypadku choroby Basedowa, nie są także wcale wielką rzadkością. W ostatnich latach (1883) zwrócili Francuzi pierwsi (Marie) uwagę na objaw, na który dawniéj wcale nie zwracano uwagi; który jednak, jak się obecnie pokazuje, ma wielkie znaczenie rozpoznawcze. Jest nim drżenie. Charcot nazywa ten objaw objawem głównym choroby Basedowa, mimo, że się go nie napotyka stale. Wzruszenia umysłowe powiększają to drżenie; bywa ono niekiedy ściśle rytmiczne.

Dwie chore, które prof. E. przedstawił, zasługiwały na uwagę z tego względu, że występowała u nich bez wiadoméj przyczyny od czasu do czasu biegunka, podczas któréj stolce były wodniste; nie towarzyszyły jéj żadne objawy inne ze strony przewodu pokarmowego, jak parcie albo bóle, żarłoczność, wymioty lub t. p.

Do przypadku opisanego jako unikat przez Oppenheima (patrz Przegląd Lek. 1888 sprawozd.), w którym się zeszły dwie choroby, tak chętnie przypisywane zmianom w nerwie współczulnym, choroba Basedowa i choroba Addisona, dodaje prof. E. jeden własny spostrzegany przez kilka tygodni za granicami Prus.

W r. 1887 wystąpił Moebius z teoryją, że choroba Basedowa nie polega bezpośrednio na zmianach w nerwie współczulnym, lecz że pierwotnemi są zmiany w gruczele tarczykowym, te dopiero są przyczyną dalszych zmian w nerwie wspomnianym, albo raczéj same wystarczają do sprowadzenia wszystkich objawów choroby Basedowa tak, jak wycięcie gruczołu tarczykowego ma sprowadzać grupę objawów, dających obraz choroby *myxoedema*. Prof. E. przytacza doświadczenia Munka, które téj teoryi zadały cios śmiertelny.

Leczenie choroby było i bywa jeszcze obecnie różne, stósownie do zapatrywania na chorobę, jakiem się lekarz kieruje. Nic więc dziwnego, że przetwory żelaza, środki nasercowe, i trucizny sercowe, między ostatniemi nawet atropin, duboisin, weratryn, daléj elektryzowanie miejscowe i ogólne, jod, elektrolyza, wstrzykiwania różnych leków do gruczołu tarczykowego (jod, ergotyn, kwas osmowy), wycięcie całkowite lub kawałka gruczołu, zabiegi rhino-chirurgiczne, odosabnianie, pobyt w górzystéj okolicy, wysoko nad poziomem morza położonéj (Stiller, patrz sprawozd. Przeglądu Lek.) 1888), leczenie zimną wodą, leczenie mleczne, głodowe i suszące, nie zdołały jeszcze zamknąć szeregu sposobów leczenia choroby, która nierzadko jest plagą nietylko chorego, ale i lekarza. (*Berl. klin. Woch.* 1889 Nr. 1, 2 i 3). *Dr. Kraus.*

Dr. Hoffman zbadał w klinice prof. Schreibera w Królewcu wpływ jaj surowych i gotowanych na wydzielanie białka

drogą moczu. Wielu klinicystów twierdzi, że w zapaleniu nerek nie należy podawać jaj, ponieważ wskutek tego zwiększa się ilość białka w moczu. Autor jednak na podstawie badań przychodzi do wniosku wprost przeciwnego, twierdząc, że zwiększenie białka w pokarmach nie zwiększa jego ilości w moczu nawet przy istniejącym już białkomoczu. (*Inaugural-Dissertation* 1889).
A. W.

Choroby dzieci.

Doc. Mandelsztam: **Badania kliniczne nad działaniem małych dawek fosforu w krzywicy.**

Co do działania fosforu w krzywicy zdania są podzielone. Jedni, jak Monti, Lorey, Henoch, Baginsky i inni przeczą, jakoby fosfor miał jakiekolwiek znaczenie, a niektórzy z nich uznają go za szkodliwy, drudzy zaś, do których należą: Kassowitz, Bohn, Förster, Soltman twierdzą, że fosfor jest najlepszym środkiem w krzywicy i przypisują mu nawet specyficzne działanie w téj chorobie. Wobec tego nabiera znaczenia każdy głos w téj sprawie, oparty na znacznéj liczbie doświadczeń ściśle naukowych. Autor opiera swoje wyniki na badaniu 216 chorych dzieci w wieku od 3 miesięcy do 3 lat, przyczem do téj liczby nie zalicza 80 chorych, u których krzywica była tak słabo rozwiniętą, że z pewnością mogła ustąpić i pod wpływem innych środków. Fosfor podawał autor w dawkach 0·0005—0·001 *pro die* w rozczynie w tranie lub olejku migdałowym w ciągu od 1 miesiąca do 1 roku i więcéj. Z liczby 216 leczonych 120 wyzdrowiało, 43 odniosło znaczne polepszenie, u 30 polepszenia nie było, wreszcie u 23 zaprzestano wkrótce podawania fosforu wskutek pojawienia się innych chorób. Wychodząc z zapatrywania, że krzywica jest chorobą ogólną ustroju, zwracał autor uwagę nie tylko na takie objawy jak zanik kości czaszkowych, stan ciemiączek, szwów, skurcze krtaniowe itp., lecz również na długość ciała, objętość głowy i klatki piersiowéj i wagę ciała. Uwzględniając to, że materyjał autora składał się z dzieci, pochodzących z biedniejszych warstw społeczeństwa, gdzie zachowanie warunków higijenicznych w przeważnéj liczbie przypadków było wprost niemożliwem', odrzucić należy w danym razie wpływ pożywienia na przebieg choroby i przypisać go wyłącznie fosforowi. Na podstawie badań swoich przychodzi autor do następujących wniosków: 1. Badania kliniczne usprawiedliwiają w zupełności używanie fosforu w krzywicy. 2. Fosfor działa na samą sprawę chorobową lepiéj i prędzéj niż wszystkie inne środki. 3. Dzieci znoszą dobrze przez dłuższy czas minimalne dawki fosforu, który nie wywołuje żadnych ubocznych objawów. 4. Działa on dodatnio przeważnie na objawy nerwowe, towarzyszące krzywicy i polepsza stan ogólny chorego. Peryjodyczne mierzenia i ważenia dzieci, jak również objawy do kości się odnoszące świadczą, że w przeważnéj liczbie przypadków ustępuje krzywica pod wpływem fosforu. (*Wracz.* 1889, NN. 5, 7, 9, 10 i 11).
A. W.

Chirurgija.

Prof. Réczey: (Budapeszt): **O podskórnych uszkodzeniach nerek.**

Uszkodzenia nerek bez znaków na powłokach skórnych nie są częste; uraz sprowadzający je bywa w takich razach tak gwałtowny, że uszkadza i inne narządy wewnętrzne jamy brzusznéj, a życiu kładzie koniec shock, sprawy zapalne otrzewny, ropnie, posocznica lub ropnica, nie rzadko włóknikowe zapalenia płuc mimo, że płuca wcale nie były uszkodzone. R. miał sposobność spostrzegać przypadek, w którym sekcyja wykonana dopiero w 22-gim dniu po urazie, wykazała pęknięcie nerki lewéj na 2 połowy, mimo że po spadnięciu jego nie wystąpiły żadne objawy „shoku,“ mimo że nie wykazano ani zaraz po przyjęciu do kliniki, ani nigdy potem wynaczynienia w okolicy tejże nerki lub gdzieindziéj na brzuchu. Po spadnięciu miał się chory przez kilka dni zupełnie dobrze, w dziesiątym dniu rozwinęło się włóknikowe zapalenie płuc, po skończeniu się takowego przyszło do rozlanego zapalenia otrzewny. Rozpoznanie za życia, sprawdzone sekcyją, opierało się jedynie na wywiadach i krwawem moczeniu. Razem ze statystyką Maasa zestawił R. 120 przypadków pęknięcia nerek, śmiertelność wynosiła około 50%. Zranionych było zaledwo 5 kobiet, wynika to z ich położenia społecznego. Przeszedłszy wszystkie objawy zranień nerek, cierpienia je wikłające i rokowanie, przychodzi R. do leczenia ich. W swoim przypadku zalecił tylko spokojne leżenie, zimne okłady w okolicę nerki lewéj, sporysz. Do operacyjnego zabiegu zachęcałby tylko w razie wielkich wynaczynień, w przypadkach ropienia i w przypadkach takich, w których na pewne wiadomo, że druga nerka jest zdrową. (*Wiener Klinik* 1888, *Heft* 11.)
Dr. Kraus.

Ginekologija.

Bergman: **Wytworzenie się kamieni w jamie pęcherzo-pochwowéj po sztucznie wywołanem zarośnięciu pochwy.**

Sztuczne zarośnięcie pochwy sprowadzono sposobem Simona u choréj, u któréj wytworzyła się przetoka pęcherzo-pochwowa wskutek noszenia kółka macicznego. W 6 lat po operacyi zaczął wypływać znowu mocz przez pochwę przy silnych bólach pęcherzowych, a w szczelinie, w bliźnie wytworzonéj, widać było kamień. Po przecięciu blizny wyciągnięto z górnéj części pochwy 3 kamienie fosforanowe ważące razem 30 grm. Na brzegach przetoki wytworzyło się nadto oskorupienie. Wskutek choroby téj osoby, cierpiącéj na przewlekłe zapalenie nerek, nie dokonano ani oddzielenia oskorupienia, ani zaszycia pochwy. Chora wśród objawów przewlekłéj mocznicy wkrótce umarła. (*Centralbl. für Gynäk.* 1888, Nr. 50).
A. W.

Lawson Tait: **Wyniki z drugiego tysiąca laparotomij.**

W 2-gim tysiącu obniżył się procent śmiertelności w porównaniu do 1-go 29,2% na 5,3%. Niedokończonych operacyj było 6, podczas gdy w poprzednim tysiącu naliczono ich 30. Wykonano 263 laparotomij dla wycięcia części przymacicznych z powodu ich przewlekłego zapalenia; śmiertelność 3,4% (przedtem 6%); niedokończonéj operacyi żadnéj; 148 w przypadkach włókniaków macicy śmiertelność 2,3% (przedtem 7%); 88 hysterektomij z 11,3% śmiertelności (przedtem 38,7%); 272 wycięć jajników 3,3% (przedtem 8,1%) itd. (*The British Medic. Journal* 1888, Nr. 17).
A. W.

Choroby skórne i weneryczne.

Rand: **Przyczynek do leczenia rzeżączki cewki moczowéj**

R. rozróżnia postać rzeżączki zakaźną i niezakaźną. W leczeniu rzeżączki ważną rolę odgrywa stan ogólny ustroju, oddziaływanie moczu (zbyt wielka kwasota itd.). Unika moczopędnych a chwali nadzwyczaj mleko. W okresie ostrym podaje osobom silnym środki przeczyszczające mineralne. Jeżeli oddawanie moczu jest bolesne, wtedy poleca skombinowane wewnętrzne podawanie wyciągu lulku i oleju santałowego. Jako środkowi wewnętrznemu oddaje pierwszeństwo olejowi santałowemu przed wszystkiemi innemi, zwłaszcza przy równoczesnem zapaleniu pęcherza. W ostrym okresie tylko wtedy R. pozwala wstrzykiwać, jeżeli ich drażniące działanie przewyższa wpływ leczniczy, a wtedy podaje najchętniéj rozczyny ołowiu i cynku, którym dodaje makowiec. Według R. występuje zapalenie przyjądrza pod wpływem leczenia wstrzykiwaniami rzadziéj, aniżeli przy wyłącznem wewnętrznem leczeniu. Leczenie rzeżączki uważa R. dopiero wtedy za ukończone, jeżeli nie widać już żadnych zmian w ujściu cewki (wypływu, zapalenia), jeżeli przez dłuższy czas nie można wykazać żadnego śladu śluzu i ropy w moczu. (*Viertelj. f. Derm. u. Syph.*, 1888, zeszyt 2).
Dr. Baschkopf.

Dr. Isaac (Berlin): **O leczeniu trądziku.**

Trądzik, choroba tak powszechna, tak na pozór lekka, jest jednak trudna do wyleczenia. Nacięcia, miesienie skóry, przepisy co do czystości jéj, zmiana w życiu, nacieranie najrozmaitszych maści niekiedy nic niepomagają. Zdarza się to szczególnie w takich rodzinach, w których można wykazać dziedziczną wadę w budowie gruczołów skóry; przewody ich są szerokie, wpada w nie pył, który drażni i sprowadza ograniczone małe ropnie w skórze. Dziwić się wobec tego wypada, że niektórzy lekarze doradzają swoim chorym, aby się nie myli wcale, rada wprost szkodliwa, która tylko sprawę chorobową podtrzymuje. Środki nasze zwalczające jako tako chorobę powinny polegać na tem, aby odciągały skórze nadmierną ilość soków, zwalniały unaczynienie; dotychczas są one wszystkie empirycznie wynalezione, a w pierwszym rzędzie

należy wymieniać przetwory naftolu i resorcyn; w klinice Lassara zapisuje się następującą pastę: Rp. *Naphtol. 10.0 Sulf. praecip, 50.0 Saponis viridis, Vaselini aa 20.0*. Codziennie zostawia się nasmarowaną pastę na ½—1 godziny, dopóty, dopóki skóra nie zacznie się łuszczyć. W uporczywych postaciach trądzika zaleca się bardzo pasta Oestreichera: Rp. *Pulv. cretae albae 5.0 B. Naphtol. Camphorae vaselini aa 10.0 Sapon. viridis aa 15.0 Sulfur. praecip 50.0*. Bardzo dobrą ma być według J. następująca formułka: Rp. *Resorcini, Zinci oxyd. Amyli aa 5 0, Vasel. flavi 10.0 Mf. pasta mollis*. Nie ulega dla J. wątpliwości, że i zachowanie się pojedynczych osób dyjetyczne i higieniczne dużo znaczą; nie szkodzi także pobieranie arsenu. (*Berl. klin. Woch.* 1889, Nr. 37). *Dr. Kraus.*

Oberländer: (Drezno): **O zmianach na błonie śluzowéj pochwy u nierządnic, cierpiących przewlekłą rzeżączkę.**

Na podstawie badań elektro-endoskopijnych i patologiczno-anatomicznych rozróżnia O. różne rodzaje rzeżączki przewlekłéj u mężczyzn. Między innemi opisuje jedną postać, która się odznacza drobnemi, gęsto obok siebie ułożonemi naciekami błony śluzowéj i łączy się z zapaleniem gruczołków Littrego. Wskutek tego błona śluzowa ulega znacznemu zgrubieniu, staje się nadzwyczaj kruchą i bardzo łatwo zranieniu podlega. Otóż odpowiednio tym zmianom u mężczyzn znajdujemy na t. z. *carunculae myrtiformes*, jako też na fałdach cewki u nierządnic, cierpiących przez dłuższy czas na rzeżączkę, charakterystyczne obrzmienia. Nieznacznie z początku powiększone fałdy mogą późniéj wskutek przerostu dojść do rozmiarów wiśni. Jako drugi rodzaj przewlekłego zapalenia opisuje O. obrzmienie mieszkowate gruczołków Littrego, sprowadzające znaczne zgrubienie błony śluzowéj, która wtedy bywa suchą i pokrytą złuszczonym przybłonkiem. Chore części błony śluzowéj po długoletniem trwaniu choroby ulegają zniszczeniu, często razem z sąsiedniemi częściami ciał jamistych. (*Vierteljahresschrift f. Dermat. u. Syph.* 1888, zeszyt 1). *Dr. Baschkopf.*

Prof. Doutrelepont (Bonn): **Liszaj żrący i gruźlica skóry.**

O ile D. wiadomem jest, nie spostrzegano dotychczas u jednego i tego samego osobnika równocześnie liszaja żrącego i właściwéj gruźlicy skóry. D. nietylko spostrzegał równoczesne występowanie tych dwóch postaci chorób skórnych, ale nawet widział u innego chorego trzy postacie gruźlicy skóry: liszaj żrący, *scrophuloderma* i właściwą gruźlicę skóry. W obu przypadkach można było wykazać objawy daleko posuniętéj gruźlicy narządów wewnętrznych. D. mógł nietylko wykazać prątki Kocha w wszystkich tych postaciach gruźlicy, ale udało mu się nawet wywołać przez zaszczepienie świnkom morskim mas z t. zw. *scrophuloderma* typową gruźlicę płuc, wątroby, śledziony i gruczołów chłonnych. Gruźlica skóry występuje najczęściéj dopiero następowo u osób dotkniętych znacznie rozwiniętemi suchotami. Ulubione miejsce usadowienia się gruźlicy skóry, t. j. otoczenie ust i otworu stolcowego, tak się tłomaczy, że przez te miejsca w bardzo znacznéj ilości wydostają się prątki gruźlicze razem z plwocinami, względnie z kałem, a znachodzące się tamże tak często nadżerki stanowią furtkę wtargnięcia prątków do skóry, przez co powstają najpierw guzki, przez rozpad których wytwarzają się wrzody. To bezpośrednie zaszczepianie jest zwykłym sposobem przenoszenia się gruźlicy, jakkolwiek zaprzeczyć nie można, że zakażenie także powstać może drogą przerzutów t. j. przez dostanie się prątków wprost do krwi. (*Vierteljahresschrift für Dermatologie uud Syphilis*, 1888, zeszyt 1) *Dr. Baschkopf.*

S. de Sanctis: **Przypadek dobrowolnego obumarcia wszystkich paznogci u obu rąk.**

S. spostrzegał tę chorobę u osoby 45-letniéj, dziedzicznie obciążonéj i nerwowo osłabionéj po gwałtownym napadzie padaczkowym. Autor przypuszcza możliwość istnienia związku przyczynowego pomiędzy nekrozą paznogci a cierpieniem nerwowem. Meynert, któremu o tym przypadku doniesiono, sądzi, że wielokrotne obumarcie paznogci przedstawia analogon do podbiegnięć krwi, które występują pod spojówkami po napadach padaczkowych, a które tłomaczymy pęknięciem naczyń spojówkowych. W powyższym przypadku wytworzyły się według tego zapatrywania wynaczynienia krwi wskutek pęknięcia naczyń odżywiających paznogcie. Wynaczynienia te zachowały się jak ciała obce pomiędzy paznogciem a łożyskiem jego i sprowadziły ich obumarcie przez przerwanie odżywienia. (*Vierteljahresschrift f. Derm. u. Syph.* 1888, zeszyt 2). *Dr. Baschkopf.*

Prof. Kaposi (Wiedeń) przedstawił na posiedzeniu tamtejszego Towarzystwa lek. **chorego, dotkniętego równocześnie kiłą i trądem.** Kiłę nabył jeszcze w r. 1884, trądu zaś nabawił się podczas swojéj podróży do Chin, Japonii i Australii, dokąd z Kamieńca podolskiego w celach handlowych wyjechał. Przez dłuższy czas nie wiedziano dokładnie, co choremu brakuje; w klinice prof. Neumana i Nothnagla leczono go jako chorego, dotkniętego kiłowem zapaleniem nerwu łokciowego i sprychowego wcieraniami z maści rtęciowéj, antipyrynem, antifebrynem i elektrycznością. Po przyjęciu go do kliniki prof. K., rozpoznano trąd u dotkniętego kiłą. Prof. K. przedstawia go jako niezwykły przypadek, w którym najpierw przyszło do zakażenia kiłą, a potem trądem, podczas gdy dotychczas tylko kilka przypadków jest znanych, w których zakażenia odwrotnym szły porządkiem. (*Wiener klin. Woch.* 1889, Nr. 1). *Dr. Kraus.*

Choroby umysłowe.

Emanuel Régis. **O stosunku między niedołęztwem porażennem a kiłą.**

1) Kiła jest nadzwyczaj częstą u paralityków, autor znalazł ją na pewne w 70—76% tych przypadków, w których w ogóle dostateczne wywiady mógł zebrać. 2) Największa liczba paralityków okazywała obok kiły jeszcze wrodzone lub nabyte usposobienie do chorób mózgowych. Ostatnia okoliczność jest czynnikiem usposobiającym, kierującym chorobę właśnie na mózg, kiła zaś jest czynnikiem okolicznościowym, stwarzającym chorobę umysłową. 3) Porażenie kiłowe jest tylko porażeniem postępującem, od którego nie zbacza ani pod względem objawowym ani anatomicznym. Mimo to posiada porażenie kiłowe następujące cechy: a) częste występowanie objawów uwiądu a szczególnie porażenia mięśni ocznych na długi czas przed objawianiem się porażenia postępującego; b) pewne dość częste powikłania, jak czyraki, ropnie, monoplegije, wypadanie paznogci i t. d.; c) występowanie znaczniejszych remisyj i typu torowego; urojenia hypochondryczne z urojeniami wielkości. 4) Leczenie swoiste wcale nie lub tylko mało poprawia porażenie, co jednak nie przemawia przeciw kiłowéj przyrodzie, tylko tłomaczy się głęboko drążącemi i rozległemi zmianami zajętych tkanek podobnie jak w uwiądzie rdzenia pacierzowego, w którym kiła również odgrywa ważną rolę. 5) Zdarzają się jednak rzadkie przypadki, w których kiłowi, okazujący obraz porażenia, prędko wyzdrawiają pod wpływem leczenia swoistego a w takich przypadkach istnieją tylko czynnościowe zmiany, zaczem już przemawia szybkość ich znikania. Takie przypadki możemy nazwać *Pseudo-paralysis specifica*, podobnie jak mówimy o *Pseudo-paralysis toxica*, *Pseudo-tabes* i t. d. t. j. mamy mniéj lub więcéj wierny lecz szybko przemijający obraz niedołęstwa porażennego. (*Gaz. méd. de Paris* 1888 Nr. 23, 24 i 26). *Dr. Baschkopf.*

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie 6-te z dnia 6-go marca 1889.

Przewodniczący kol. Paszkowski — członków obecnych 45.

1) Przewodniczący zdaje sprawę z postępowania Komitetu co do sprawy p. Czyńskiego. — Kol. Browicz wnosi, aby uprosić pisma polityczne o powtórzenie oświadczenia Komitetu co do téj sprawy, w téj formie, w jakiéj ono umieszczonem było w Przeglądzie Lekarskim.

2) Kol. Grabowski zdaje sprawę z czynności administracyjnych Przeglądu Lekarskiego. Do Komisyi kontrolującéj obrano Dra Cybulskiego i Schaittera.

3) Kol. Krokiewicz okazuje preparat jelit, pochodzących z osoby zmarłéj na zapalenie otrzewny. U osoby téj wykonał kol. Obaliński laparotomiję z powodu niedrożności jelit, wy-

wołanéj rozlicznemi zrostami, które wytworzyły wielokrotne załamania jelita cienkiego. Mimo usunięcia zrostów na znacznéj przestrzeni i ukazania się stolców po laparotomii znaleziono przy sekcyi jeszcze zrosty ze ścianami miednicy małéj i trzonem macicy, wywołujące załamania i zagięcia jelita cienkiego.

4) Tenże okazuje preparat ciąży pozamacicznéj, prawdopodobnie początkowo trąbkowéj, usadowionéj po stronie prawéj, pomiędzy pęcherzem a jelitem ślepem. Przy sekcyi znaleziono w torbielu szczątki płodu a mianowicie kilka kości czaszki i kilka kości długich, z torbiela zaś prowadzą otwory do pęcherza i kiszki stolcowéj, świadczące, że po zropieniu płodu niektóre części tegoż drogami wyż wymienionemi na zewnątrz się wydostały.

W dyskusyi zabierają głos koledy: Madurowicz, w którego klinice chora była badaną, Gluziński, Browicz, Mars, prelegent i przewodniczący, na którego oddziale w szpitalu chora dłuższy czas leżała. Tenże wyjaśnia niektóre szczegóły z przebiegu choroby, a przedewszystkiem, że ciąża ta trwała około lat 5-ciu, gdyż chora sama twierdziła, że od tego czasu czuje guz w brzuchu i dobrze go lokalizowała. Następnie, że chora po dłuższym pobycie na oddziale żądała wypuszczenia; po niejakim czasie powróciła znowu, ale guz przez ten czas zmniejszył się tak znacznie, że zaledwie nad spojeniem łonowem wymacać go było można, prawdopodobnie więc w tym czasie nastąpiło wydalenie poprzednio zropiałych części płodu na zewnątrz. Ze stanowiska anatomo-patologicznego wyjaśnia kol. Browicz, że rodzaju ciąży oznaczyć dokładnie niepodobna, a tylko domyślać się należy, że była to ciąża trąbkowa.

5) Rozpoczęto dyskusyję nad odczytem kolegi Gluzińskiego. Zabierali głos kol.: prof. Rosner: „Nie mając własnego doświadczenia w sprawie omawianéj przez kol. Gluzińskiego, nie mogąc tem samem przyczynić się do wyświecenia sprawy, nie powinienem właściwie zabierać głosu; jeżeli to czynię, to dla tego, żeby uprosić szan. prelegenta o bliższe szczegóły, któreby ułatwiły zrozumienie związku, jaki zachodzić ma między zapaleniem śród- i osierdzia a rzeżączką. Już dawno mnie to uderzyło, że kiedy w każdym niemal podręczniku chorób wewnętrznych mowa jest o *Endocarditis*, zostającéj w pewnym związku z rzeżączką, to w dziełach traktujących choćby najobszerniej o chorobach weneryeznych o komplikacyi téj albo wcale mowy niema, albo jest tylko wzmianka bardzo pobieżna, z któréj domyślać się można, że autor o niéj wspomina dla dokładności, ale że jéj z własnego doświadczenia nie zna. Ja sam nie widziałem nigdy *Endo-* lub *Pericarditis* w przebiegu rzeżączki — w prawdzie badam u rzeżączkowych organa wewnętrzne tylko, jeżeli się równocześnie żalą na inne dolegliwości i podają symptomata, zniewalające lekarza do badania wewnętrznych organów, a takich właśnie chorych nie widziałem; nie przeczę, że mógł w długoletniéj mojéj praktyce zdarzyć się jeden lub drugi przypadek tak zwanéj *Endocarditis latens*, która chorym tak mało sprawia dolegliwości, że się chorzy dla niéj nawet nie radzą lekarza, ale takich przypadków zapalenia osierdzia w przebiegu rzeżączki zapewne nie było wiele. Dziwi mnie i to, że nie spostrzegłem *Endo* lub *Pericarditis* nawet w przypadkach rzeżączki komplikowanych zapaleniem stawow, a takich przypadków widziałem około 30-stu. W każdym takim przypadku bada się zawsze serce bez względu na to, czy się chory żali na jakie dolegliwości lub też nie. Raz tylko słyszałem w przebiegu zapalenia stawów połączonego z gorączką u rzeżączkowego szmer skurczowy w lewéj komórce obok rozszerzenia serca — przemawiało to za *Endocarditis*, ale szmer ten ustąpił w jakiś czas po ustąpieniu gorączki, serce wróciło do stanu prawidłowego, to też odstąpić musiałem od rozpoznania *Endocarditis*. Bardzo byłbym wdzięczny kol. Gluzińskiemu, gdyby chciał w téj sprawie dać bliższe wyjaśnienie a mianowicie: 1) w którym okresie rzeżączki zapalenie osierdzia się wytwarza; 2) czy przebieg tego zapalenia u rzeżączkowych różni się w czemkolwiek od przebiegu zapalenia osierdzia powstałego z innych przyczyn; 3) czy leczenie rzeżączki wywiera jaki wpływ na przebieg téj *Endocarditis*, a nareszcie, czy po zapaleniu osierdzia powstałem w przebiegu rzeżączki zawsze się wytwarza wada sercowa lub nie“. — Następnie zabrał głos kol. Filipkiewicz: „Wśród bardzo wielu przypadków gośca rzeżączkowego, jakie w przeciągu 8-miu obserwowałem, znam jeden tylko z powikłaniem choroby serca (obserw. wspólnie z prof. Korczyńskim). Dotyczy mężczyzny wyżéj lat 30 cierpiącego od lat kilku na gościec przeważnie stawowy rzeżączkowy. Badanie cewnikiem wykazało większą wrażliwość przy przeprowadzaniu tegoż przez *pars prostatica*; gościec tym razem wystąpił w formie *gonitis serosa sin. maj. gr.* Zajęcie pacyjenta połączone było z częstemi wyjazdami i dawało sposobność do przeziębiania się a tem samem i zaostrzenia procesu gośćcowego. W trzy lata potem wystąpiła bez wyraźnych objawów podmiotowych *Insufficientia mitralis*. Bardzo częstą formą gośca na tle rzeżączki przewlekłéj, kataralnéj, lata trwającéj, jest *arthritis rheum. sicca*, która manifestuje się początkowo już to bez danéj przyczyny znużeniem w kończynach dolnych, nieokreślonemi bólami, zwłaszcza przy zasypianiu, lub miernym stopniem stężenia przy wstawaniu, które po chwili wśród ruchu ustępuje, wreszcie po dość długiem trwaniu tych objawów wybadać można w stawach, najczęściéj kolanowych, powierzchownie niezmienionych, charakterystyczne trzeszczenie. Jak wybitny związek istnieje między rzeżączką a gośćcem, poświadczy następujący przypadek: Pacyjent od lat 8-miu przebył gościec o formie róż odnéj; po skonstatowaniu rzeżączki przewlekłéj zaleciłem pacyjentowi, ażeby po skończeniu kuracyi kąpielowéj stanowczo poddał się wyleczeniu rzeżączki, jako źródła całego cierpienia. Pacyjent po wydobrzeniu zgadza się; przesuwając cewnik przez *pars membran. ur.* wyczuć można było powierzchnię nierówną, ziarnowatą — cewnik wyciągnięty był krwią zbroczony. Wieczorem tegoż dnia wśród miernéj gorączki wystąpiło zaostrzenie procesu gośćcowego, a pacyjent zrażony pierwszą próbą wyjechał. Przytaczam ten przypadek jako dowód spójności między rzeżączką a gośćcem, a zarazem jako wskazówkę, że zabierając się do leczenia przewlekłéj rzeżączki lub następstw tejże, wśród towarzyszącego uporczywego gośćca, pacyjenta przestrzedz należy, że gościec wśród leczenia zaostrzyć się może.“ — Kol. prof. Korczyński powołując się nietylko na zdania autorów, ale i na własne spostrzeżenia, twierdzi stanowczo, że rzeżączka cewki moczowéj nietylko przez pośrednictwo zapalenia stawów rzeżączkowego, ale i wprost, t. j. obecności zmian w stawach, wywołać może i niekiedy wywołuje zmiany zapalne na osierdziu i wsierdziu, które to ostatnie mogą pozostawić po sobie trwałe wady zastawkowe. Zapalenie stawów w przebiegu rzeżączki nie uważa on jako zmianę swoistą, gdyż pojawić się ono może po zadraźnieniu cewki moczowéj przy wprowadzaniu cewników, zgłębników i t. p. Przyczyna tak zapalenia stawów jako też zmian zapalnych w błonach sercowych w przebiegu rzeżączki zdaje się polegać na tak zwanem zakażeniu mięszanem. — Kol. Docent Zarewicz zaznacza, że nie będąc na odczycie kol. Gluzińskiego, nie może wypowiedzieć swego przekonania co do przypadków przez kol. prelegenta przytoczonych, mniema jednak, że pytania postawione przez prof. Rosnera prelegentowi są słuszne, na które zapewne kol. Gluziński wyjaśniająco odpowie. Sam nie zauważył dotychczas żadnego przypadku zapalenia osierdzia lub wśródsierdzia w następstwie rzeżączki; może być, że powodem tego jest ta okoliczność, że nie zwrócił dotąd na tę sprawę chorobową dostateczněj uwagi. W dalszem swem przemówieniu zwraca kol. Zarewicz uwagę, że co do gonokoków Neissera nie jest jeszcze stanowczo udowodnionem, aby gonococci były grzybkami patogenetycznemi rzeżączki. W przemówieniu swojem przytacza kol. Zarewicz liczne sprzeczności, jakie zachodzą między wynikami badań bakteryjologicznych a momentami etjologicznemi i klinicznemi co do rzeżączki i wypowiada w końcu swoje zapatrywanie, iż zdaniem jego gonococci Neissera, tak jak obecnie rzecz stoi, uważać raczéj należy jako mikroorganizmy towarzyszące rzeżączce, które na odpowiednio zmienionéj błonie śluzowéj korzystne warunki dla swego rozwoju znachodzą. Co do reumatyzmu rzeżączkowego odpowiada kol. Zarewicz, że w ogólności biorąc, nie należy on do częstych komplikacyj rzeżączkowych i że nieporównanie częściéj występuje on u mężczyzn niż u kobiet, a przychyla się do zdania tych autorów, jak to przed kilkunastu laty przy sposobności dyskusyi toczącéj się nad gośćcem rzeżączkowym zaznaczył, którzy nie tyle w saméj rzeżączce upatrują moment etjologiczny, ile w podrażnieniu cewki moczowéj. Nie każdy też reumatyzm, w przebiegu rzeżączki występujący, uważać należy za reumatyzm rzeżączkowy. W przebiegu reumatyzmu rzeżączkowego obserwował on kilka przypadków zapalenia tęczówki, nie przypomina sobie jednak na razie ani jednego przypadku zapalenia tęczówki bez reumatyzmu, któreby z powodu rzeżączki wystąpiło było. — Następnie przemawiali koll. Gross i Sroczyński.

6) Towarzystwo uznało na wniosek Komisyi przemysłowéj kakao wyrobu p. Tretera we Lwowie za polecenia godne.

8) Kol. Browicz okazał preparat mięsaka barwikowego pierwotnego opon mózgowych, który wytworzył przerzut prawie we wszystkich narządach wewnętrznych, oraz w kości udowéj, skutkiem czego przyszło do samoistnego złamania tejże kości. Rzecz ta ogłoszoną będzie w *Przeglądzie Lekarskim.*

W dyskusyi podaje kol. Walentowicz, że melanosarkoma pojawia się dosyć często u starszych koni, mianowicie siwych, które jako białe źrebiątka przyszły na świat, rzadziéj zaś nierównie u koni o jasnéj sierści, a prawie nigdy u czarnych. Nowotwór występuje w skórze lub tkance łącznéj podskórnéj, zkąd następnie dostaje się do gruczołów limfatycznych, płuc, wątroby, nerek i na błony surowicze, tworząc raz twarde, drugi raz miękkie, wielkie, czarne jak węgiel guzy, które wskutek mechanicznego działania lub zniszczenia ważnych dla życia narządów, przyprawiają zwierzęta o śmierć. U koni padłych znachodzi się melanosarkoma oprócz we wspomnianych narządach także na oponie miękkiéj mózgu w postaci czarnych plam lub prążków, lub też guzków, nieraz do wielkości orzecha laskowego dochodzących, szczególnie często na podstawie małego móżdżku usadowionych jako tak zwane melanoma. Ze względu na okoliczność, że melanosarkoma u zwierząt występuje tylko u koni białych, przypuścić trzeba, że brak barwika sierści stoi w przyczynowym związku z wydzielaniem się tegoż i powstawaniem nowotworu,

Sekretarz *Dr. Bukowski.*

Komisya przemysłowa Tow. lek. krak.

Posiedzenie Vte z d. 29 Maja 1889 r.

Przewodniczący: Prof. Dr. Korczyński. Członków obecnych 7.

1) Przewodniczący przedkłada świadectwa zdrowia obory p. Niedzielskiego w Śledziejowicach.

2) Wobec nienadsyłania podobnych świadectw przez pp. Homolacsa z Gnojnika i Żeleńskiego z Gródkowic uchwalono przypomnieć im wykonanie ciążących na nich zobowiązań, jeżeli mleczarnie te mają i nadal pozostać pod kontrolą Kom. przem.

3) Kol. Jaworski zdał sprawę z wizytacyi fabryki wód mineralnych sztucznych pp. Rzący i Chmurskiego w dniu 20 maja b. r. Tak używane materyjały, jak i wodę studzienną przekroploną, sole i sposób wyrabiania znalazł zastósowane do wskazówek Kom. przem. Gotowe wody burzące pod względem przechowania, wejrzenia zewnętrznego i smaku okazały się bez zarzutu.

4) Przyjęto do wiadomości sprawozdanie prof. Obalińskiego o stanie fabryki opatrunków chirurgicznych p. Dobrowolskiego w Czarnéj wsi pod Krakowem.

5) Zastanawiano się nad sposobem napełniania wody gorzkiéj Morszyńskiéj i uwalniania takowéj od SH.

Sekretarz: *Doc. Dr. Gluziński.*

V. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

W sprawie kas dla chorych.

Śród lekarzy wszystkich krajów koronnych austryjackich, szczególnie praktykujących na prowincyi, od pewnego czasu objawia się zaniepokojenie i obawa o przyszłość, która im się przedstawia w barwach bardzo ciemnych. Przyczyną tego zaniepokojenia prawie ogólnego jest ustawa z d. 28 grud. 1887 o ubezpieczeniu robotników w razie przypadku i w związku z nią będąca ustawa z dn. 20 marca 1888 r. odnosząca się do obowiązkowego zabezpieczenia się robotników na przypadek choroby, a która to ustawa miała wejść w życie już z dn. 1 maja r. b., chociaż do téj chwili u nas przynajmniéj jeszcze w życie nie weszła. Wedle téj ustawy istnieć mają t. zw. kasy dla chorych po powiatach, przy przedsiębiorstwach, budowach, stowarzyszeniach przemysłowych i innych stowarzyszeniach, kasy gwareckie itd. Do kasy należeć muszą wszyscy robotnicy oraz urzędnicy przemysłowi, których płaca wynosi nie więcéj niż 1200 złr. rocznie; mogą zaś należeć do kas powiatowych wszystkie osoby, jeżeli nie przekroczyły 35-go roku życia. Fundusz kas powstaje ze składek członków, które wynoszą 2—3% zarobku dziennego, z których atoli robotnicy płacą tylko 2/3, a ich chlebodawcy 1/3 część; osoby zaś uprawnione do należenia do kasy oraz urzędnicy przemysłowi płacą całe 2—3%; u ostatnich podstawą składki ma by płaca 630 złr. rocznie, czyli 2 złr. dziennie, a więc płacą oni 6 cent. dziennie, choćby nawet płaca ich wynosiła więcéj niż 1200 złr. rocznie. Z funduszów tak zebranych pewna część odłożoną zostaje dla utworzenia funduszu zapaswego, z reszty opędza się wydatki administracyjne i wsparcie dla chorych. Według § 6 bowiem członkowie kasy mają prawo otrzymywania od początku choroby bezpłatnéj pomocy lekarskiéj (położniczéj), jakoteż potrzebnych leków i środków lekarskich, a w razie, jeżeli choroba trwa nad 3 dni, za każdy dzień zasiłek w wysokości 60% średniego zarobku i to, jeżeli choroba pierwéj się nie skończy, najmniéj przez 20 tygodni; położnice otrzymają zasiłek przez 4 tygodnie, a w razie śmierci ubezpieczonego wypłacić należy osieroconym koszta pogrzebu w kwocie najmniéj 20-krotnego zarobku średniego; według § 8 zamiast bezpłatnéj pomocy lekarskiéj, leków i zasiłku pieniężnego ubezpieczony może być leczony i pielęgnowany na koszt kasy w szpitalu.

Szczegóły bliższe zawarte są w rozporządzeniach dodatkowych a zwłaszcza mieścić się będą w statutach dla kas ułożyć się mających przez magistraty i władze powiatowe na wzór statutu przez Rząd ogłoszonego. Dla braku miejsca szczegóły te pomijamy, jako zresztą lekarzy nie obchodzące bezpośrednio; natomiast wypada nam zastanowić się nad przyczynami owego zaniepokojenia, które ustawy te, same przez się tak zbawienne, wywołały pomiędzy lekarzami.

Nazwaliśmy ustawy w mowie będące zbawiennemi — czynią one bowiem zadość gwałtownéj potrzebie klasy biedniejszéj, zwłaszcza robotniczéj i stanowią minimum, z jakiem państwa nowoczesne występują, aby w sposób sprawiedliwy i ludzki liczyć się z potężnym ruchem socyjalistycznym, coraz natarczywiéj, jakkolwiek dotychczas po największéj części jeszcze na gruncie legalnym objawiającym się w całym świecie. Stan lekarski, który z biedą najlepiéj jest obeznany, a który ze wszystkich stanów i zawodów przywykł największe ponosić ofiary dla bliźnich, z pewnością nie miałby nic przeciw ustawom tym, gdyby one, starając się w części przynajmniéj przyjść w pomoc proletaryjatowi, nie groziły utworzeniem nowego proletaryjatu pomiędzy lekarzami. W gruncie rzeczy kasy dla chorych nie są wcale rzeczą nową: wszak i dawniéj one istniały w fabrykach, przedsiębiorstwach itd. a lekarze chętnie przyjmowali obowiązki w takich stowarzyszeniach; zdawałoby się więc, że obecnie, gdy takich związków będzie bezporównania więcéj, a tem samem nierównie więcéj posad lekarskich do obsadzenia, lekarze powinni raczéj być zadowolonymi, aniżeli zaniepokojonymi. A jednak rzecz się ma inaczéj. Pomijamy okoliczność, że dotychczas lekarz przyjąwszy obowiązki lekarza fabrycznego itd. miał do czynienia tylko z właścicielem lub przełożonym, a więc z człowiekiem w każdym razie inteligentnym, z którym układ zawarł; w przyszłości zaś w myśl statutów ma zależeć od zarządu kasy, w którym co najwięcéj 1/3 może mieścić się chlebodawców, a musi mieścić się 2/3 robotników, których głosy więc przeważają; tak mianowanie zatem, jako też stanowisko lekarza kasy zależeć będzie od ludzi niewykształconych. Pomijamy tę okoliczność dosyć ważną dlatego, ponieważ wobec tego, że mianowanie lekarza nie jest objęte ustawą, można, bez zmiany ustawy, postarać się, aby nominacyja wychodziła od władzy nadzorczéj, jaką jest władza powiatowa lub magistrat. Ale są obawy poważniejsze. Dotychczas wobec względnie małéj ilości istniejących kas dla chorych lekarz otrzymawszy posadę w stowarzyszeniu miał zabezpieczony dochód, skromny wprawdzie ale stały, bo nie było powodu wyzuć go z posady, dopóki sprawował gorliwie swoje obowiązki — a dochód ten uważając niejako za podstawę bytu nietylko nie obawiał się utraty praktyki prywatnéj, jeżeli ją już był wyrobił sobie, ale owszem zazwyczaj posadę w stowarzyszeniu uważał i słusznie za szczebel do uzyskania praktyki, jeżeli jéj jeszcze nie miał.

W przyszłości rzecz zmieni się na niekorzyść lekarzy. Im więcéj będzie kas dla chorych, a zwłaszcza, jeżeli wejdą w życie nietyko kasy fabryczne, przemysłowe, górnicze, ale i powiatowe, tem więcéj wprawdzie będzie posad dla lekarzy, ale tem mniejszą stanie się możność nabycia praktyki

prywatnéj po za obrębem tych stowarzyszeń, co jest rzeczą jasną, jeżeli się uwzględni, że oprócz robotników obowiązanych należeć do jednéj z kas, należeć mogą do nich i inne osoby; wielu więc takich, którzy dotychczas byli w stanie opłacać lekarza, zechce korzystać z praw służących członkowi kasy i względnie tanim kosztem w razie choroby mieć i pomoc lekarską oraz lekarstwa. A ponieważ każdemu prawie wolno przystąpić do stowarzyszenia, więc po upływie kilku lat wszyscy mieszkańcy mogliby być zabezpieczonymi, a lekarz na prowincyi mógłby tylko istnieć o tyle, o ile byłby lekarzem stowarzyszenia. Utrata pewnéj części dochodu, i tak już skromnego, grozi rzeczywiście lekarzom na prowincyi praktykującym; w miastach, zwłaszcza, większych, utrata ta byłaby mniéj znaczną, bo chory, mogąc wybierać pomiędzy lekarzami, nie będzie szczędził wydatku dla poratowania zdrowia i poszuka pomocy tego lekarza, do którego ma większe zaufanie.

Teoretycznie więc rzecz przedstawia się tak, że lekarz na prowincyi osiadły z czasem mógłby stracić prawie zupełnie praktykę prywatną i zamienić się w lekarza stowarzyszenia; powiadamy teoretycznie, bo nie przesądzamy przebiegu sprawy, a doświadczenie praktyczne będzie dopiero rozstrzygające. Tyle wiemy atoli, że główną podwaliną instytucyi powstać mającéj jest lekarz, od którego sumiennego i sprężystego pełnienia obowiązków zależy dobro, powodzenie, powiedzielibyśmy nawet, istnienie kas dla chorych. Dlatego bylibyśmy wolni od obawy o los lekarza na prowincyi, gdyby nie dwie okoliczności na uwagę zasługujące: gdyby uciążliwa praca lekarzy była wynagrodzoną w sposób odpowiedni i gdyby doświadczenie nie uczyło, że lekarze, starając się gorączkowo o zabezpieczenie bytu swego, nie szkodzili czasem sobie samym i stanowi lekarskiemu.

Ustawa zarządza w § 40, że kasa, która stale liczy mniéj niż 100 członków, ma być rozwiązaną; z czego wynika, że istnieć mogą kasy o 100 członkach. Dochód roczny takiéj kasy wynosiłby około 900 złr. z których należy pokryć koszta administracyi, zasiłki dla chorych, lekarstwa, względnie koszta szpitalne, a wreszcie płacę lekarza i akuszerki. Lepszy byłby stosunek, jakkolwiek i praca o wiele większą, jeżeli do kasy należeć będzie kilkuset członków, bo wobec dochodu, kilka tysięcy złr. wynoszącego, płaca lekarza mogłaby być wyższą. Kwestyja honoraryjum lekarskiego była też w licznych stowarzyszeniach lekarskich austryjackich omawianą i po największéj części zgodzono się, że dwojakiego rodzaju wynagrodzenie jest dopuszczalnem: albo ryczałtowe albo za każdą szczegółową wizytę lub naradę osobno; chociaż były i zdania, że ryczałtowe wynagrodzenie wykluczyć należy. Jako odpowiedni ryczałt uznano stopę $2\frac{1}{2}$—3 złr. od osoby rocznie, tak, że lekarz stowarzyszenia, liczącego minimum członków, pobierałby rocznie 250—300 złr., przy większych zaś kasach (liczących n. p. 500 członków) 1250—1500 złr. Jako honoraryjum za każdy szczególny przypadek uznano 40—50 kr., przy większéj odległości oraz w porze nocnéj 1 złr. Wogóle przeważało zdanie, że taryfy w rozmaitych krajach i okolicach powinny oznaczać stowarzyszenia lekarskie i ich sekcyje.

Poważniejszą jest obawa, aby lekarze na prowincyi niebezpieczeństwa, które im grozi, sami nie zwiększyli przez konkurencyję bezwzględą nieodpowiednią, przez licytowanie im minus. Obawę tę podzielamy w zupełności. Był czas, kiedy towarzystwo lekarskie starało się za pomocą memoryjałów wykazać krzywdę, systematycznie wyrządzaną lekarzom sądowym w Austryi przez utrzymanie zastarzałéj i stosunkom zmienionym wcale nie odpowiadającéj taryfy. Minister sprawiedliwości oświadczył wtedy w Radzie Państwa, że nie widzi potrzeby zmienienia taryfy, bo i na podstawie dotąd obowiązującéj znajduje zawsze lekarzy sądowych podostatkiem. Jak słusznem niestety było to oświadczenie Ministra, wynika ztąd, że zdarzają się przypadki, iż lekarze ofiarują sądom usługi swoje za połowę honoraryjum, i tak aż nadto niskiego, jakie przyznaje obecna taryfa. Tak samo lekarze mogliby kasom ofiarować usługi swoje za bezcen, aby tylko posadę uzyskać i tym sposobem szkodzić w pierwszym rzędzie sobie samym, następnie stanowi lekarskiemu a nawet instytucyi saméj! Na to niema innéj rady, jak ustanowienie taryfy przez Towarzystwa lekarskie i zobowiązanie wszystkich lekarzy, aby zastosowali się do takowéj. W takiem zobowiązaniu nikt nie mógłby znaleść nic zdrożnego, jeżeli tylko taryfa nie będzie za wysoką, bo bronić stanu całego, i to dla społeczeństwa tak ważnego, od upadku, jest rzeczą całkiem godziwą, a zresztą zapobieganie licytacyi in minus oddaje także zasługę samym stowarzyszeniom, którym zależeć na tem musi, aby miały sumienną opiekę lekarską. Wprawdzie zobowiązanie takie lekarzy byłoby tylko moralnem, bo Towarzystwa lekarskie nie mają egzekutywy, zwłaszcza wobec lekarzy nie będących członkami towarzystwa, ale spodziewać się należy, że wykroczenie przeciw taryfom, przez poważne grona lekarskie ułożone, należałyby do wyjątków, a zresztą mogłyby nad sprawą tą czuwać władze nadzorcze.

U nas ułożeniem taryf powinno zająć się Towarzystwo lekarzy galicyjskich we Lwowie, które przez sekcyje swoje nie równie więcéj może zdziałać na prowincyi w tym kierunku, aniżeli Towarzystwo lekarskie krakowskie, którego zakres działania ogranicza się prawie tylko do Krakowa.

Praktycznem okazałoby się może postępowanie takie, jakie polecono w stowarzyszeniach lekarskich dolno-austryjackich i styryjskich, aby Towarzystwo orzekło, że licytowanie in minus uwłacza godności lekarskiéj, aby następnie protokół téj uchwały w odbitkach przesłano wszystkim lekarzom w dwóch egzemplarzach z prośbą o zwrócenie jednego z podpisem swoim w dowód zgodzenia się i przystąpienia do uchwały.

Są i inne jeszcze okoliczności, które dają do myślenia. Tak n. p. wedle ustawy do kasy należeć będą robotnicy, ale tylko oni, podczas gdy żony i dzieci ich nie należą. Lekarz więc przyjąwszy obowiązki w stowarzyszeniu liczącem n. p. 200 członków zmuszony będzie opiekować się nie 200 ludźmi lecz przynajmniéj 5—600, bo zawezwany do członka kasy może dopiero na miejscu dowiedzieć się, że nie on, lecz żona lub dziecko pomocy potrzebują, a niepodobna pomocy téj odmówić; wiadomo zaś, że kobiety i dzieci częściéj pomocy lekarskiéj potrzebują, aniżeli mężczyzni w sile wieku będący.

Ze szkodą dla dochodu lekarza połączony także jest przepis, że każdemu, który nie ukończył 35 roku życia, wolno przystąpić do kasy bez względu na dochód i stosunki majątkowe.

Otóż i temu starały się zaradzić wnioski uczynione w rozmaitych stowarzyszeniach austryackich. Tak grono bardzo poważne — kolegium doktorów we Wiedniu — rozesłało towarzystwom lekarskim i jednostkom uchwały powzięte na posiedzeniu z d. 11 kwietnia r. b. zapraszając do wspólnego wystąpienia. Uchwały te są następujące:

1) Podstawą wynagrodzenia ryczałtowego ma być kwota 3 złr. rocznie od osoby, jeżeli kasa liczy przynajmniéj 500 członków.

2) Przy mniejszéj liczbie członków, których mieszkania zwłaszcza oddalone są od siebie, ma nastąpić wynagrodzenie za każdą czynność z osobna według taryfy (za wizytę w miejscu 50 ct., w odległości 3 kilometrów tam i powrotem 1 złr., za wizytę nocną honoraryjum potrójne, za pomoc chirurgiczną i położniczą wynagrodzenie według taryfy obowiązującéj przy kolejach państwowych).

3) Wystósować petycyję do Rady Państwa, aby

a) obowiązkowe ubezpieczenie na przypadek choroby rozciągało się i do rodzin robotników;

b) tylko takie osoby niżéj lat 35 mogły przystąpić do kasy, które nie mają więcéj dochodu aniżeli minimum ustawowe 630 złr.;

c) lekarze mianowani byli nie na 2, lecz na 5 lat i tylko przez polityczną władzę krajową.

Z wyjątkiem punktu ostatniego, o którym już powyżéj wspomnieliśmy jako bez zmiany ustawy przeprowadzić się dającym, a o przeprowadzenie którego grona lekarskie u władz politycznych starać się powinny, stanowczo jesteśmy przeciwni wszelkiemu odwołaniu się do Rady państwa, nie tylko dla tego, że szkoda czasu i atlasu na pisanie memoryjału, który żadnego skutku mieć nie będzie i nie może, ale także z innego powodu zasadniczego.

Ustawy, o których mowa, nie zostały wydane dla lekarzy, lecz głównie dla robotników, a t. zw. kasy nie istnieją dla lekarzy. Rząd i parlament poszły za przykładem innych państw, chcąc złagodzić przykre położenie klasy roboczéj. O lekarzach prawie wzmianki nie ma w tych ustawach, a wszelka zmiana w nich mogłaby nastąpić tylko w drodze ustawodawczéj; silnie zaś jesteśmy przekonani, że ani Rząd, ani Rada państwa nie zgodzą się na zmiany tak zasadnicze i niemożebne, jakich domagają się niektóre stowarzyszenia lekarskie.

Niemożebnem przedewszystkiem jest uczynienie zadość życzeniom, aby żony i dzieci robotników podlegały także ubezpieczeniu obowiązkowemu; pociągnęłoby to bowiem za sobą wydatek zwiększ ny, na który nie stać robotnika; ustawa stałaby się dlań ciężarem dotkliwym, a ma ona przeciwnie być dlań dobrodziejstwem. Wcale nieuzasadnionem jest żądanie, aby tylko osoby nie mające większego dochodu nad minimum ustawowe 630 złr. rocznie miały prawo przystąpienia do kas powiatowych; żądanie to tylko ze względu na kieszeń lekarza mogłoby być usprawiedliwione, a tu nie rozchodzi się o lekarza, lecz o robotnika i o to, aby przez przystąpienie innych osób istnienie kasy było zapewnione.

Również nie możemy dopatrzyć się powodu, dlaczegoby robotnicy, którzy popadli w chorobę z własnéj winy lub nieostrożności, nie mieli prawa do bezpłatnéj pomocy lekarskiéj, chyba dla tego, że lekarz kasy miałby więcéj do czynienia; ale tu znów nie rozchodzi się o pracę lekarza, lecz o dobro robotnika i ratowanie go w razie choroby, z jakiejkolwiek przyczyny wynikłéj. Zresztą czy lekarz, wezwany do chorego robotnika, zamieni rolę swoją na rolę sędziego śledczego i zamiast udzielić potrzebnéj pomocy, zajmie się sprawdzeniem istoty czynu, czy chory poniósł chorobę lub obrażenie w stanie upojenia, w bitce lub z innego powodu, a sprawdziwszy, przypuśćmy, że robotnik poniósł uszkodzenie w stanie pijanym, opuści chorego, nie udzieliwszy mu pomocy. Łatwo przewidzieć, jakie przez takie postępowanie wywoła się powikłania, kłótnie, nawet spory sądowe.

Wątpliwości te uwzględniło także stowarzyszenie lekarzy dolno-austryackich, które na posiedzeniu odbytem d. 23 maja uznało za słuszne uwagi sprawozdawcy i uchwaliło, aby stowarzyszenie na teraz zaniechało petycyjonowania, a po istnieniu kas przez 1—2 lat ponownie sprawę poddało dyskusyi, a wtedy dopiero starało się u Rządu, aby braki i niedostatki, które w praktyce dla lekarzy niekorzystnemi się okażą, wyrugowano z ustawy.

Reasumujemy uwagi nasze: Lekarze na prowincyi praktykujący znajdują się wobec ważnego przeobrażenia socyjalno-ekonomicznego, mającego na celu poprawę losu robotników, a mogącego wpłynąć niekorzystnie na byt materyjalny lekarzy. Przeobrażenie to atoli nastąpi powoli, a być nawet może, że nie okaże się szkodliwem dla stanu lekarskiego. W każdym razie, dopóki przesądzać nie możemy, jaki obrót sprawa weźmie w praktyce, byłoby przedwczesnem, a nadto bezskutecznem wystąpienie z żądaniem lub prośbą o zmianę ustaw, które jeszcze wcale w życie nie weszły; należy raczéj uzbroić się w cierpliwość, obserwować przez rok lub 2 lata, a późniéj dopiero na podstawie nabytego doświadczenia wystąpić. Natomiast należy starać się o uzyskanie tego, co bez zmiany ustawy otrzymać można, to jest, aby lekarzy mianowała władza nadzorcza, a nie stowarzyszenia same. Nierównie skuteczniéj atoli aniżeli wszelkie ustawy i przepisy, zdoła zapobiedz materyjalnéj klęsce stanu lekarskiego godne i koleżeńskie zachowanie się i postępowanie lekarzy samych. Przypuśćmy, że ustawy okażą się praktycznemi i trwałemi, że więc rzeczywiście nastąpi z czasem przeobrażenie praktyki prywatnéj na prowincyi w praktykę u stowarzyszeń ryczałtowo płatną, to przecież wysokość ryczałtu, a tem samem i dochodu lekarskiego zależeć będzie od godnego i zgodnego postępowania lekarzy, jak od gorliwości w pełnieniu obowiązków — tak jak dotąd — zależeć będzie suma dochodów lekarza, zwłaszcza, gdy ustawa przewiduje i przypuszcza możność łączenia się kilku kas w jeden związek, tak, że lekarz gorliwy mógłby pełnić obowiązki u więcéj niż jednéj kasy, a tem samem mieć dochód zdwojony lub potrojony. Jak wszędzie, tak i tu wobec przeobrażenia, na które się zanosi, okres przejściowy jest najtrudniejszy; tu działan e pospieszne najbardziéj jest przeciwwskazanem, bo największe można popełnić błędy. Dla tego sądzimy, że poważne grono, jako takie większéj używające powagi i bardziej niż jednostki przedmiotowo na sprawę zapatrujące się, powinno przyjść w pomoc lekarzom niespokojnym o przyszłość i wyręczyć ich wobec władz. Niechaj więc Towarzystwo lekarzy galicyjskich rzecz całą rozpatrzywszy należycie, ułoży taryfę i zarządzi, co uzna za stósowne i potrzebne, a nie wątpimy, że znajdzie względy u władz i posłuch u kolegów. Osobistość tegoczesnego przewodniczącego Towarzystwa, znanego ze znajomości rzeczy i wielkiéj sprężystości, daje nam rękojmię, że poprowadzi sprawę na korzyść kolegów, a nie wątpimy, że i Towarzystwo lekarskie krakowskie nie odmówi swéj pomocy, gdyby takowa okazała się potrzebną. *L. B.*

Engelmann (Kreuznach): **Czy może się gruźlica przenieść z osoby na osobę inną w tem samem pomieszkaniu?**

Mniemanie, że suchoty przenoszą się nawet drogą pomieszkań, jeżeli się kto sprowadzi do takiego pomieszkania, w którém już chory gruźlicą dotknięty umarł, nie jest zupełnie bezpodstawne, ba nawet o wiele starsze, aniżeli wiadomości nasze bakteryjologiczne i pojęcia o zakażeniu. Mniemanie to jest według E. szczególnie rozpowszechnione w okolicy fabryki szkła, w której jako lekarz fabryczny już od kilkunastu lat jest czynny, i w któréj ma sposobność spostrzegać niezliczoną ilość dotkniętych gruźlicą. Samo zajęcie usposabia robotników tamtejszych do gruźlicy — długotrwałe a częste dmuchanie — niemniéj także i to, że narzędzia służące do wydmuchiwania flaszek krążą z ust do ust. Wszelkie starania o przeprowadzenie desinfekcyi tych narzędzi nie doprowadzają do niczego. Najważniejszem jest, że udało się E. wykazać, jak dużo osób w ciągu 12 lat w jednem i tem samem pomieszkaniu umarło z powodu gruźlicy od chwili, kiedy pierwszy się wprowadził do pomieszkania robotnik ciężką gruźlicą dotknięty. Ewald, referując w tym samym numerze o pracy Corneta z zakładu Kocha: *Die Verbreitung der Tuberkelbacillen ausserhalb des Thierkörpers*, popiera zdanie Engelmanna, przytaczając wyniki, jakie otrzymał Cornet na zwierzętach przez zmuszanie ich do wdychania pyłu z sal szpitalnych, w których leżeli chorzy gruźlicą płuc dotknięci. (*Berl. klin. Wochenschrift* 1889, Nr. 1). *Dr. Kraus.*

VI. Wiadomosci bieżące.

* **Kraków** d. 13 czerwca. W sprawie obchodzącéj stan i zawód lekarski wypowiedzieliśmy wyżej zdanie swoje według najlepszéj wiedzy i w przekonaniu, że zachowanie i postępowanie przez nas wskazane w danych warunkach jest najodpowiedniejszem. Możemy się jednak mylić i dla tego, mając dobro stanu na oku, chętnie przyjmować będziemy uwagi, choćby sprzeczne z naszemi. Celem naszym było wywołanie dyskusyi publicznéj w sprawie tak ważnéj, na porządku dziennym będącéj i do niéj też zapraszamy zwłaszcza kolegów na prowincyi praktykujących, a stosunki miejscowe niewątpliwie lepiéj od nas znających.

* Jako ilustracyja obawy wyrażonéj w uwagach, powyżéj podanych nad kasami dla chorych, posłużyć może fakt, że w dzień po śmierci ś. p. Dr. Palecznego, lekarza policyjnego, 13 lekarzy zgłosiło się o opróżnioną po nim posadę, która dotąd nie jest systemizowaną, bo nieboszczyk pobierał tylko 200 złr. remuneracyi. Teraz dopiero zanosi się na systemizowanie posady z płacą 600 złr. rocznie, ale czy przyjdzie do podniesienia płacy wobec tłumnego ubiegania się o posadę, to wielkie pytanie.

* P. Fruchtmann, prowizor farmacyi z Królestwa, wyrabia w Krakowie kefir, który będzie do nabycia w aptekach i w ogrodach publicznych.

* W Krynicy było dotąd gości 249, w Cieplicach czeskich 1231.

* Prof. fizyjologii Ludwig w Lipsku mianowany został kawalerem orderu *pour le mérite.*

* **Wiedeń.** Umarł tu milijoner Andrzej Saxlehner, właściciel źródeł Hunyjady Janos w Budapeszcie. Przed 28 laty, zanim w winnicy jego odkryto źródło wody gorzkiéj, był skromnym handlarzem sukna.

† **Rosyja.** Psychijatra Dr. Diukow umierając zapisał towarzystwu psychijatrycznemu, którego był członkiem, 6000 rubli z zastrzeżeniem, ażeby odsetki z tego kapitału zostały użyte na coroczne wynagrodzenie lepszéj pracy rosyjskiéj z dziedziny chorób nerwowych i umysłowych.

† **Włochy.** W r. 1888/9 było we wszystkich uniwersytetach 16.055 słuchaczy. Z tych 5498 przypadało na medycynę.

† **Holandyja.** Przypuszczono tu kobiety do egzaminów na pomocnice aptekarskie. W ostatnich czasach zdawało te egzaminy równocześnie 59 mężczyzn i 59 kobiet. Mężczyzn zdało 12, kobiet zaś 35.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Wiedeń.** Ministerstwo potwierdziło akt habilitacyjny Drów Antona i Metnitza (pierwszego z neuropatologii i psychijatryi, ostatniego z dentystyki). — **Berlin.** Dr. Noorden habilitował się jako docent medycyny wewnętrznéj. — **Praga.** Jako następca Soyki proponowany jest Dr. Hueppe z Wiesbadenu. — **Giessen.** Dr. Pappert habilitował się z chirurgii. — **Budapeszt.** Katedrę anatomii opisowéj ma otrzymać Dr. Thanhoffer, prof. w zakładzie weterynarskim. — **Lipsk.** Dr. P. Heyman habilitował się jako docent otijatryi i laryngologii. — **Dorpat.** Dr. Barfurth z Gietyngi wybrany został prof. anatomii porównawczej. — **Kazań.** Prof. fizyjologii Kowalewski obchodził jubileusz 25-letni zawodu nauczycielskiego. — **Genewa.** Prof. Karol Vogt obchodził jubileusz 50 letni zawodu nauczycielskiego.

* **Nekrologija.** D. 10 bm. umarł w Krakowie w 62-gim roku życia Dr. Józef Paleczny, lekarz policyjny. Nieboszczyk odznaczał się zacnością i skromnością, a jakkolwiek jako homojopata trzymał się zdaleka od ruchu naukowego, a nawet nie był członkiem Tow. lekarskiego, to jednak był kolegą sympatycznym i używał śród kolegów szacunku i poważania. — We Wiedniu umarł w 47 roku życia z udaru mózgowego nadzw. prof. chirurgii Dr. Ultzmann, zawołany specyjalista chorób pęcherza; pod Lwowem prymaryjusz szpitala izraelickiego Dr. Herman Witz, radzca cesarski i kawaler oderu Franciszka Józefa, oraz członek Rady miejskiéj.

Sprostowanie. W sprawozdaniu z posiedzenia Tow. lek. krak. w dniu 5 czerwca odbytego (Nr. 23 *Przegl. Lek.* str. 292) zaszła pomyłka, a mianowicie po słowach „że pierwszą tego rodzaju operacyję wykonał“, brakuje: w Krakowie ś. p. prof. Gilewski.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Medycynie* Nr. 22 i 23 Zieleniewskiego: Rys balneotechniki. — W *Nowinach Lek.* Nr. 6: Chłapowskiego: Krótki pogląd na obecny stan rozpozn. chorób żołądka; Wicherkiewicza; O zaniku spojówki; tegoż: Zaćmy urazowe. — W *Gazecie Lek.* Nr. 23; Pawińskiego: Strophantus, jego wpływ na serce; Bukowskiego; O wyłuszczeniu twardych guzów z macicy (c. d.).

Redakcyja otrzymała:

Dr. J. KARLIŃSKI: Ueber d. Verhalten einiger pathogener Bacterien im Trinkwasser (Odbitka z Archiv f. Hyg. IX) in 8-vo str. 14 — Dr. J. KOLIŃSKI (w Warszawie): Zur Lehre v. d. Wirkung d. Naphtalins auf d. Auge u. ü. d. sog. Naphtalinstaar (Odbitka z Graefego Archiv f. Ophthalm. XXXV) in 8-vo, str. 22 z tabl.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę w dniu 19 czerwca w sali wykładowéj prof. Blumenstoka zwyczajne posiedzenie, na którem prof. Dr. Obaliński przedstawi dwa przypadki chirurgiczne ze swego oddziału.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.